CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS CONJONCTIVES DU REIN

CHEZ L'ADULTE

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BROUARDEL.
Professeurs .... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	N...
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émisesdans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

Année 1900

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Novembre 1900

Par M. Armand BAHUAUD

Né à Nantes, le 17 Novembre 1871

ANCIEN PROSECTEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NANTES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS CONJONCTIVES DU REIN

CHEZ L'ADULTE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges { M. RÉMY, Professeur agrégé.
M. LAUNOIS, Professeur agrégé.
M. BROCA (Aug.), Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

A LA MÉMOIRE

DE

MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR **TILLAUX**

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

A mon Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR **VIGNARD**

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX DE NANTES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS CONJONCTIVES DU REIN

CHEZ L'ADULTE

AVANT-PROPOS

Ce travail nous a été inspiré par notre Maître, M. le Professeur VIGNARD, et, s'il a quelque valeur, c'est à lui que nous le devons. Aussi est-ce pour nous un devoir d'inscrire ici le nom de celui qui fut pour nous le plus dévoué des Maîtres.

Nous adressons aussi l'expression de notre reconnaissance à tous nos Maîtres à l'Ecole de Médecine de Nantes et dans les Hôpitaux :

A MM. les Professeurs JOUON et ROUXEAU, dont nous avons été le préparateur pendant deux années de prosectorat.

A M. le Professeur GUILLEMET, notre Maître en Obstétrique, dont nous avons eu l'honneur d'être l'Interne, et qui nous témoigna toujours une paternelle sollicitude.

A M. le Professeur HEURTAUX, dont nous avons eu l'honneur d'être l'Externe.

A M. le Dr Emile BUREAU, professeur suppléant d'Anatomie, et à M. le Dr Amédée MONNIER, qui nous guidérent dans nos premières études anatomiques.

A MM. les Professeurs ANDOUARD, HERVOUET, POISSON, PÉROCHAUD, Urbain MONNIER, Maurice BUREAU et CHARTIER.

Nous n'oublierons pas les sages conseils que nous ont prodigués MM. les Drs BONAMY et ATTIMONT, dont nous avons été l'Interne.

Que MM. les Drs RAINGEARD et PATOUREAU, dont nous avons été l'Interne, soient assurés de notre reconnaissance, pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

Que M. le Professeur TILLAUX daigne recevoir tous nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

D'après Grunow, Sturn le premier aurait décrit en 1855 un cas de sarcome pur du rein. Ce cas est un peu suspect, étant données les faibles notions histologiques que l'on avait alors.

En 1884, Paul de Liverpool donne une première classification des sarcomes du rein. La même année, Bertram Windle étudie les rapports du néoplasme avec le parenchyme rénal. Puis il donne une classification nouvelle des sarcomes du rein.

En 1885, Dickinson réunit 16 cas de sarcomes du rein.

Mais la plupart des auteurs avaient surtout en vue le sarcome du rein chez l'enfant, qui, comme on le sait, est de beaucoup le plus fréquent.

Les auteurs français qui se sont occupés de la question étudient ensemble le sarcome et le carcinome, comme tumeurs malignes du rein. Cependant on trouve dans la thèse de Guillet (1888) une description complète du sarcome du rein. Mais ici encore il s'agit surtout du sarcome chez l'enfant.

Pourtant déjà avant lui, Brodeur, dans sa thèse inaugurale parue en 1886, avait donné quelques observations de sarcomes du rein chez l'adulte. Malheureusement dans aucune de ces observations, on ne trouve de descriptions

histologiques. Du reste Brodeur avait surtout en vue l'étude de la néphrectomie dans les affections du rein.

Plus tard, Chevalier étudie de nouveau, en 1891, l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Il cherche surtout à établir les signes capables de permettre un diagnostic précoce. On trouve dans sa thèse quelques observations de sarcomes, avec examens histologiques.

En 1898, Héresco fait une étude sur les résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Il distingue les tumeurs malignes (carcinome et sarcome) des tumeurs bénignes (adénome et fibrome). Il mentionne en outre l'existence de certaines tumeurs, que les auteurs allemands décrivent sous le nom d'endothéliomes.

Jusqu'ici, le sarcome du rein est étudié avec le carcinome. Les auteurs, se plaçant au point de vue clinique, ont en vue la tumeur maligne du rein, le cancer, qui est tantôt du carcinome, tantôt du sarcome.

De plus, l'insuffisance des examens microscopiques fait que certaines tumeurs sont décrites tantôt comme sarcomes, tantôt comme carcinomes. On s'explique ainsi que les auteurs étrangers, anglais et allemands, aient trouvé un nombre relativement considérable de sarcomes du rein, alors que les auteurs français en ont rarement rencontrés.

Guillet est donc le premier qui, en France, ait fait une étude d'ensemble sur le sarcome du rein. Encore la plupart de ses observations se rapportent-elles à des

tumeurs du rein chez l'enfant, tumeurs de nature très spéciale, se rapprochant des tératomes, et auxquelles Albarran consacre un chapitre spécial dans le *Traité de Chirurgie*, publié sous la direction des professeurs Le Dentu et Delbet.

Quant au fibrome du rein, on ne le trouve guère qu'à l'état d'observations isolées, dans les différentes publications françaises ou étrangères. Les traités classiques de chirurgie ne lui consacrent que quelques lignes.

Aussi notre Maître, M. le Professeur Vignard, après nous avoir fait examiner une tumeur sarcomateuse du rein, nous suggéra-t-il l'idée de faire quelques recherches sur les tumeurs conjonctives du rein chez l'adulte.

L'observation qu'il nous a communiquée présente quelques particularités, tant au point de vue de la structure du néoplasme qu'à celui de son évolution clinique. Elles ont été le point de départ de nos recherches.

Dans ces recherches, nous avons été frappé par l'insuffisance des renseignements histologiques, même dans les observations allemandes, qui sont pourtant très complètes.

Aussi notre travail sera-t-il très modeste. Il ne sera qu'une amorce à des études ultérieures. Études qui permettront peut-être, un jour, d'établir une histoire complète des tumeurs conjonctives du rein, comme cela a été fait pour d'autres organes, pour les tumeurs du sein par exemple.

En même temps, on établira des distinctions de plus en plus nettes entre les différentes néoplasies conjonctives. Ces distinctions conduiront peut-être à des interventions

spéciales : néphrectomie totale pour les tumeurs diffuses, néphrectomie partielle pour les tumeurs encapsulées ou nettement circonscrites.

Tous les jours, on voit pour une tumeur bénigne du sein faire une amputation partielle. Il serait à souhaiter qu'on pût en faire autant pour un organe aussi important que le rein. D'autant que, parfois, le rein malade n'est pas suffisamment compensé par le rein du côté opposé.

CHAPITRE PREMIER

Observation communiquée par M. le Professeur Vignard

SARCOME DU REIN GAUCHE. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE. — GUÉRISON

Mme B..., 46 ans, épicière. Entrée, dans le service le 29 janvier 1900. Opérée le 2 février 1900.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade serait mort à 63 ans, d'une lésion cancéreuse de l'estomac, après avoir gardé le lit pendant 6 mois ; sa mère, à 63 ans, à la suite d'une hémorragie nasale. Deux frères bien portants. Un oncle de la malade aurait eu une tumeur au cou.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans.

Mariée à 37 ans.

A 39 ans, elle a eu une petite fille, mort-née (difficulté de l'accouchement). Deux ans après, seconde grossesse, accouchement au 7e mois, a eu deux hémorragies abondantes avant l'accouchement; l'enfant est venu mort. A la suite de cet accouchement, elle a eu une phlébite, qui l'a obligée de rester 6 mois sans marcher.

Vers l'âge de 28 ans, une grosseur apparaît au-dessous de l'aine gauche, dans la région du triangle de Scarpa, non douloureuse, du volume d'un œuf.

Vers 42 ans, de nouvelles tumeurs analogues à la pré-

cédente, apparaissent presque simultanément aux deux bras. Depuis, plusieurs tumeurs semblables se sont développées en différents points du corps.

Début de la maladie. — Il y a 3 ans, pour la première fois, la malade a éprouvé une crise douloureuse, qui a duré 3 jours : elle a ressenti de vives douleurs dans la région du rein gauche, le début a été brusque, la douleur a été continue. Il n'y eut pas d'irradiations douloureuses vers les jambes (constaté par le Dr Le Faguays). Les douleurs cessèrent au bout de 3 jours.

Les époques de la malade, irrégulières depuis longtemps déjà, devinrent plus abondantes et plus rapprochées (tous les 15 jours depuis un an).

Quinze jours avant son entrée, nouvelle crise : douleurs vives, continuelles pendant huit jours, siégeant toujours au même endroit, produisant une sensation de tiraillement dans la région lombaire gauche.

Depuis plusieurs semaines, les urines sont sanguinolentes et troubles en même temps.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 janvier.

Examen clinique. — Sujet obèse ; la face dorsale des mains est épaisse, surtout celle de la main gauche, qui présente le type de la main succulente.

Au bras gauche, on remarque, faisant saillie sous la peau, deux tumeurs, situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pli du coude ; ces deux tumeurs ont à peu près le volume d'un œuf. En arrière de l'avant-bras gauche, il existe une tumeur analogue de la grosseur d'une amande. Sur la partie postéro-latérale de l'avant-bras droit, on trouve une tumeur analogue ; il en existe une autre à la région deltoïdienne. Sur les cuisses on retrouve encore des tu-

meurs semblables, de volume variable. Toutes sont nettement sous-cutanées.

L'ablation d'une de ces tumeurs, suivie d'un examen histologique, a permis de constater une structure nettement lipomateuse, avec quelques rares cellules myxomateuses.

Examen local. — L'inspection ne révèle rien : il n'y a pas d'asymétrie sensible entre les deux moitiés de l'abdomen.

Au palper, on sent dans le flanc gauche, une tumeur, grosse comme le poing, empiétant un peu en haut vers l'hypocondre, de consistance dure, sans rénitence, peu douloureuse, de surface assez régulière, sans être lisse, mobile d'avant en arrière.

De plus, une main étant placée à la région lombaire sous les côtes et l'autre sur la paroi abdominale antérieure, en imprimant une secousse à la tumeur, on perçoit le signe indiqué par Guyon, le ballottement rénal.

La tumeur ne peut se déplacer jusqu'à la ligne médiane comme le ferait une tumeur siégeant sur l'intestin. On ne sent pas le cordon du côlon ascendant, sur la face antérieure de la tumeur, qui a refoulé la masse intestinale, pour venir en contact avec la paroi latérale de l'abdomen.

La matité de la tumeur est très nette à la région indiquée pour son siège.

Etat général. — L'état général est bon, l'appétit conservé, les digestions faciles, il n'y a pas d'amaigrissement, ni de cachexie. Le teint est coloré, la malade habite la campagne.

Appareil urinaire. — Pas de troubles de la miction.

Au dire de la malade, les urines sont sanguinolentes. Ce fait a pu être constaté par le cathétérisme.

Depuis l'arrivée dans le service, les urines ne contiennent pas de sang. Elles renferment un peu de mucine, point d'albumine, ni de sucre.

Opération. — *2 février 1900.* — Incision antéro-latérale gauche de l'abdomen. On tombe sur une tumeur volumineuse, le double du rein normal. Il y a peu d'adhérences ; le péritoine est décollé ; le pédicule rénal est lié, puis sectionné..., etc.

Suites opératoires. — Simples.

3 février. — Température 37°2, état général satisfaisant.

Diurèse : Un demi-litre. Urines troubles, foncées, sanguinolentes.

7 février. — Urines abondantes, plus claires. État général très bon. Température : 37°.

La malade a été revue par M. le Dr Vignard, le 13 mai 1900 : état excellent, bon appétit, pas d'amaigrissement, rien du côté de la cicatrice.

Au mois d'août 1900, la malade a été vue par nous : la santé générale s'est maintenue intacte, l'embonpoint n'a point diminué.

10 octobre. — La malade est toujours dans un état de santé excellent.

Examen macroscopique de la tumeur. — Le rein enlevé a les dimensions suivantes : longueur 16 cm., largeur 10 cm., épaisseur 6 cm.

Il présente deux parties bien distinctes : l'une, supérieure, présente la forme, la consistance et la coloration du rein normal.

L'autre, inférieure, est globuleuse, légèrement mamelonnée; elle présente une coloration variable, rappelant en certains points celle du rein, en d'autres points et surtout en dehors au niveau d'une grosse bosselure, on observe une coloration blanc rosé; ce point a aussi une consistance plus ferme que celle du rein normal; cette région paraît être le siège du néoplasme.

Nous avons vu que les adhérences du rein étaient faibles; cependant, en arrière se voient quelques débris adipeux, intimement unis à la capsule fibreuse du rein. Cette capsule présente, dans la moitié supérieure du rein, ses caractères habituels; elle est moins facilement isolable au niveau du néoplasme; à sa surface, on remarque un petit kyste lenticulaire, renfermant un liquide jaunâtre, épais. Du côté du hile, on note une hypertrophie considérable des éléments adipeux, masquant des parties dures, probablement néoplasiques. Il n'y a pas de ganglions apparents.

Sur une coupe longitudinale du rein, allant du bord convexe au hile, la distinction entre le néoplasme et la partie saine du rein est frappante. La moitié supérieure du rein apparaît saine; presque toute la moitié inférieure est occupée par le néoplasme; cependant la partie tout inférieure est constituée par un tissu rénal relativement sain, il n'y a là comme altération qu'une dégénérescence graisseuse peu étendue. Dans la portion en apparence saine du rein, il n'y a pas d'altérations autres qu'un peu de dégénérescence graisseuse par places.

La portion néoplasique est limitée sur presque toute sa surface par une capsule fibreuse, qui, au niveau du bord convexe du rein, se confond avec la capsule propre de

celui-ci. La capsule du néoplasme a une épaisseur moyenne de 4 à 5 millimètres.

La tumeur est donc bien limitée sur la coupe. Elle a à peu près le volume d'une orange. Sa coloration est rougeâtre par places, en d'autres points elle est rouge foncé, presque noir. Sa consistance, très ferme en certains points, est mollasse en d'autres, mais non friable. On constate des lieux de dégénérescence graisseuse d'aspect plus clair, des foyers d'hémorragie surtout près du hile.

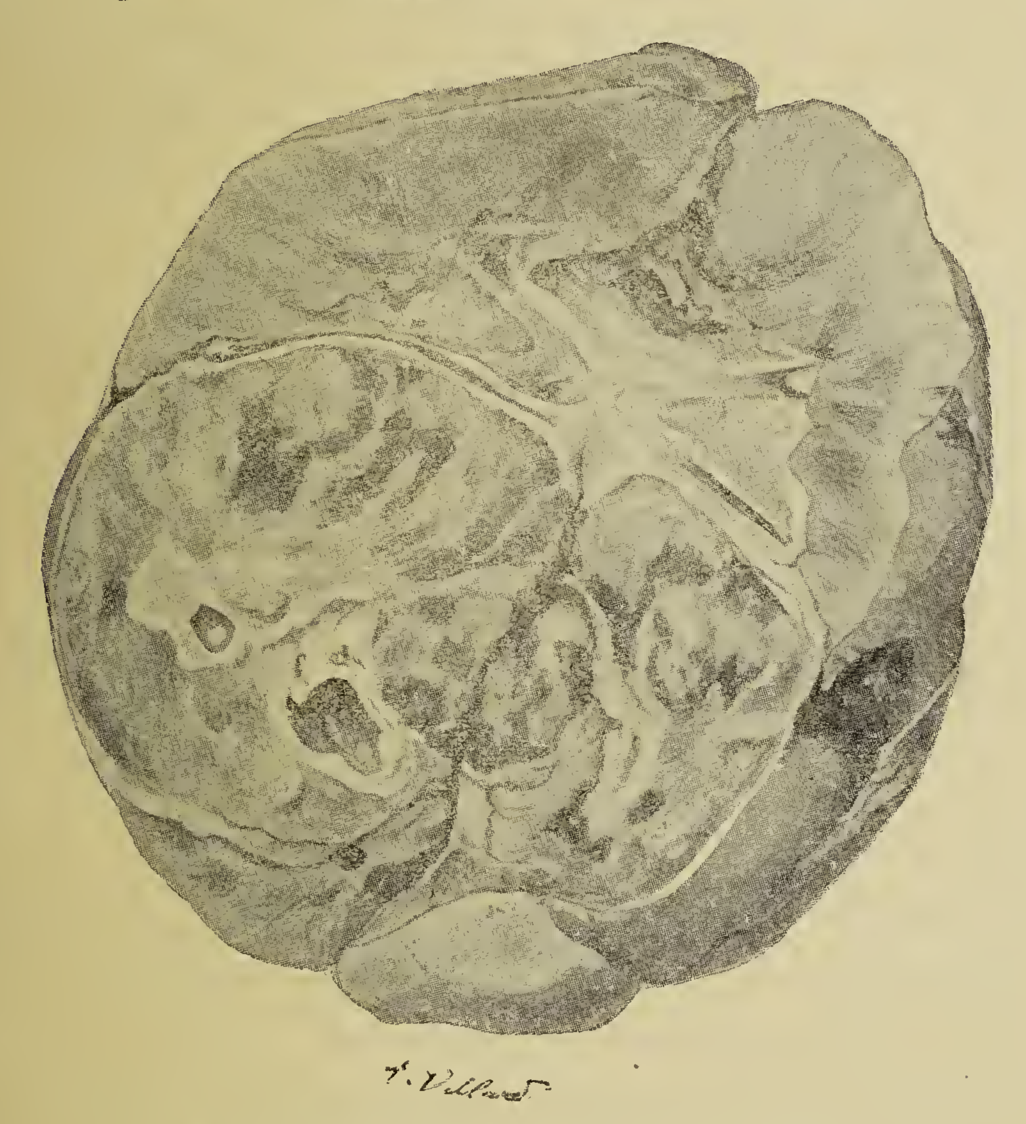
La tumeur ne donne pas de suc au raclage. Le trajet de l'uretère est libre, il débouche dans un bassinet rétréci, mais il est refoulé en haut par le néoplasme.

La capsule fibreuse du néoplasme est séparée du parenchyme rénal, du bassinet et de la capsule propre du rein, par un tissu conjonctif lâche, qui permet d'introduire une sonde cannelée entre le néoplasme et le tissu rénal. On a pu amorcer l'énucléation de la tumeur, et on y serait arrivé facilement, sur la coupe conservée dans l'alcool, si l'on n'avait pas craint de détruire les rapports du néoplasme avec le parenchyme rénal.

Tous ces détails se voient très bien sur la figure ci-contre, que nous devons à l'obligeance et au talent de notre camarade, M. Valentin Villard, Interne des hôpitaux, ancien Préparateur d'Histologie à l'École de Médecine de Nantes. On y voit en particulier, à la partie supérieure du néoplasme, un espace libre entre la capsule de celui-ci et la paroi du bassinet, la dissociation a été poussée plus loin en ce point. De plus une sonde introduite par l'uretère, vers la partie supérieure, puis vers la partie inférieure du bassinet, montre que le néoplasme s'est développé en avant de celui-ci.

Le néoplasme devient plus adhérent à sa partie inférieure, surtout en arrière, en un point qui répond à la partie inférieure du bassinet. La partie la plus voisine du hile, la plus dure sur la coupe, arrive jusqu'au dehors, se frayant un chemin entre le parenchyme rénal et la face antérieure du bassinet.

Au niveau du hile, la tumeur n'a plus de capsule, elle est seulement limitée par une condensation des éléments cellulo-adipeux, auxquels elle adhère intimement.



Coupe sagittale du rein et de la tumeur.

Description histologique de la tumeur. — Des coupes nombreuses ont été faites. Elles ont été prélevées en trois régions distinctes : 1° dans la région du bord convexe, là où la capsule du néoplasme arrive au contact de la capsule

propre du rein; 2° dans la région qui, sur la coupe, présente une coloration plus sombre; 3° dans la région qui confine au tissu adipeux du hile.

On a utilisé trois méthodes de coloration : 1° picro-carmin; 2° carmin aluné; 3° hématéine et picro-carmin.

A un faible grossissement, on observe une structure conjonctive, très riche en éléments cellulaires arrondis.

A un plus fort grossissement, on différencie plusieurs éléments.

Sur toutes les préparations, on retrouve les cellules, rondes, noyées au milieu d'une substance fondamentale, variable suivant les différentes préparations et suivant les différents points d'une même préparation.

Trame. — Sur une coupe faite au niveau de la capsule du néoplasme, on trouve, sur le bord de la préparation, une zone fibreuse, facilement reconnaissable à ses faisceaux ondulés, très pauvres en noyaux cellulaires.

Les faisceaux conjonctifs s'avancent un peu à l'intérieur de la tumeur. On les retrouve par places, mais très rares et très ténus en différents points des préparations. Ailleurs, la trame embryonnaire domine, épaissie autour des vaisseaux.

Sur certaines préparations, on trouve du tissu muqueux reconnaissable à ses cellules étoilées, noyées dans une substance fondamentale homogène.

L'examen microscopique nous montre donc, comme l'examen macroscopique, une tumeur nettement encapsulée, sauf au niveau du hile, où le néoplasme se confond peu à peu avec le tissu graisseux péri-rénal, sans l'envahir.

Une coupe, faite en cette région, intéressant à la fois la graisse et la tumeur, montre le passage progressif de l'un

à l'autre : d'abord on note l'apparition dans le tissu graisseux de faisceaux connectifs, très délicats, ondulés, formant une ébauche de capsule, puis peu à peu, à mesure qu'on avance vers le rein, des cellules rondes apparaissent, ainsi que quelques cellules fusiformes, les éléments cellulaires se groupent autour d'une artère à paroi épaisse.

Cellules. — Les cellules rondes dominent. Elles sont remarquables par le développement du noyau, limité par une ligne très nette, et toujours fortement coloré. Ces éléments sont plus ou moins abondants suivant les points examinés. En certains endroits, les cellules sont tellement nombreuses qu'il est impossible de distinguer la trame. Ailleurs elles sont au contraire assez discrètes.

A côté des cellules rondes, on trouve un assez grand nombre de cellules fusiformes, à noyau également très reconnaissable et fortement coloré. Ces dernières sont presque toujours groupées en faisceaux légèrement ondulés, parfois rectilignes. Ce sont des cellules fusiformes, les extrémités de leurs noyaux sont effilées.

Il existe aussi quelques rares cellules allongées, munies d'un noyau en bâtonnet. Ce sont peut-être des cellules musculaires lisses. Mais les cellules fusiformes fortement nucléées, comme le sont toujours les cellules sarcomateuses, peuvent bien aussi présenter cet aspect. Et Virchow a montré qu'il est souvent difficile de distinguer ces deux éléments histologiques.

Artères. — On trouve deux sortes de vaisseaux : 1° des artères à parois épaisses, ce sont les vaisseaux préexistants ; 2° des vaisseaux réduits à leur endothélium, sans paroi propre, formant de grandes lacunes, ce sont les vaisseaux de nouvelle formation. Presque tous ces vaisseaux

sont entourés d'un manchon de cellules embryonnaires.

Dégénérescences. — Il est des régions à coloration plus claire, renfermant des cellules en voie de dégénérescence. Il existe même des points où l'on trouve des cellules adipeuses.

Sur les différentes préparations, on trouve de nombreux foyers hémorragiques, représentés par des globules sanguins groupés en amas, ou répandus d'une façon diffuse entre les éléments anatomiques de la tumeur, les masquant même parfois. On les rencontre surtout sur les coupes faites dans les régions, qui présentent une coloration plus sombre.

Réflexions. — Quelques considérations sont à retenir dans l'histoire de cette malade.

Je signalerai d'abord la conformation macroscopique de la tumeur, et en particulier ses connexions avec le reste de l'organe. Elle est encapsulée, on pourrait presque l'énucléer, on y arrive même assez facilement en certains points, sur la pièce conservée dans le formol faible.

En second lieu, elle semble avoir pour point de départ le hile du rein ; de là elle s'est avancée vers le bord convexe, dissociant pour ainsi dire le parenchyme rénal, plutôt qu'elle ne l'a détruit. Sur la coupe sagittale, on retrouve un nombre à peu près normal de pyramides. Celles-ci n'ont subi qu'un peu de dégénérescence graisseuse par places.

La structure du néoplasme nous a montré qu'il s'agissait d'un sarcome, où dominaient les cellules embryonnaires. Mais il est intéressant de remarquer des points où il existe une structure nettement myxomateuse.

Au point de vue anatomique, nous sommes donc en face

d'une forme relativement bénigne du sarcome, malgré la prédominance des cellules embryonnaires.

L'évolution clinique de la lésion vient aussi confirmer cette opinion : rappelons qu'il y a eu un intervalle de trois années entre la première crise douloureuse et la seconde. L'hématurie n'est apparue qu'à la seconde crise.

Dans l'intervalle de ces trois années, aucun phénomène important n'a été noté, si ce n'est une plus grande abondance, et surtout une plus grande fréquence des règles.

Pendant ces trois années, la tumeur a donc évolué sans bruit. Ce n'est que depuis quelques semaines, avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, que les urines sont devenues sanguinolentes. Puis la malade éprouve des douleurs vives et continues pendant huit jours.

A ce moment, l'exploration de l'abdomen permet de déceler une tumeur qui, par sa situation, semble appartenir au rein gauche. La palpation montre que la tumeur est de la grosseur du poing. Sa mobilité fait pressentir qu'elle est libre d'adhérences.

Sans que l'on puisse rien affirmer sur la nature histologique du néoplasme, on se trouve en face d'une tumeur à évolution bénigne, présentant les meilleures conditions opératoires.

L'intervention fut en effet très simple, le rein étant à peu près libre de toute adhérence.

C'est en présence de ces considérations que j'ai essayé d'étudier l'anatomie des tumeurs conjonctives du rein, leur origine, leur évolution clinique.

De cette étude, j'ai cherché à dégager quelques conclusions au sujet du pronostic et du traitement chirurgical.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique des tumeurs conjonctives du rein.

Le type de ces tumeurs est fourni par le sarcome, qui, au point de vue de la fréquence, vient immédiatement après le carcinome, parmi les tumeurs du rein en général. Comme lui, il fait partie des tumeurs malignes.

Mais parmi les sarcomes du rein, il en est quelques-uns où apparaissent un certain nombre d'éléments fibreux, ce sont des tumeurs encapsulées, à marche plus lente et dont l'évolution semble se rapprocher davantage de celle des tumeurs conjonctives bénignes.

Ces dernières ne sont représentées que par le fibrome et le lipome, encore celui-ci est-il une rareté, et sa nature néoplasique assez contestée.

Les myxomes appartiennent à la classe des sarcomes. Quant aux chondromes, on ne les rencontre pas à l'état de pureté dans le rein (1).

I. — SARCOMES

Anatomie macroscopique. — Il est intéressant de voir ce qu'ont écrit sur ce point les auteurs classiques qui se sont occupés de la question.

(1) Guillet, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 401.

D'après Guillet, qui rapporte l'opinion de Bertram Windle, il est très rare que le parenchyme rénal ait totalement disparu ; le plus souvent, il en subsiste une certaine portion, qui offre avec le néoplasme des rapports variables : 1° ou bien la substance rénale forme une sorte de pseudo-membrane à la tumeur, sur laquelle elle s'étale. Cette disposition tiendrait à ce que le néoplasme a eu pour point de départ le hile, et qu'il s'est développé sur les côtés du bassinet, repoussant le rein au-devant et au-dessus de lui. C'est cette disposition que l'on retrouve dans l'observation relatée au chapitre précédent ; 2° ou bien elle est infiltrée par la tumeur, ce qui peut n'être que la deuxième phase du développement du néoplasme ; 3° ou bien encore elle est encapsulée par la tumeur, ce qui est dû à ce que celle-ci, ayant pris naissance près du hile, s'est développée à la surface de la capsule et a enveloppé le rein de tous côtés.

L'infiltration est la disposition la plus fréquente ; mais même alors, on peut encore reconnaître une certaine partie du parenchyme rénal, dont la structure est plus ou moins altérée.

Pour Albarran, les sarcomes du rein peuvent se présenter au point de vue macroscopique sous des aspects très divers :

1° Très rarement le rein a conservé sa forme et se trouve infiltré en totalité par les éléments néoplasiques, comme cela se voit dans les observations de Krause, de William, de Banti et de Wehland ; 2° d'autres fois, quoique très rarement aussi, la tumeur se développe au centre du parenchyme et se trouve entourée d'une mince couche de tissu rénal ; 3° par opposition à cette forme,

l'auteur signale les rares observations, où le sarcome, plutôt capsulaire que rénal, entoure le rein dont l'apparence normale est conservée ; 4° plus souvent le sarcome forme une tumeur, qui se développe dans un point quelconque de l'organe, qu'il détruit par son rapide accroissement.

Comme on le voit, l'infiltration considérée par Bertram Windle et par Guillet, comme la disposition la plus fréquente, ne se trouve, d'après Albarran, que dans un petit nombre de cas. Les deux auteurs nous parlent de ces cas, où la tumeur forme une capsule au rein dont le parenchyme est conservé en totalité.

Restent les cas où le sarcome forme une tumeur développée au sein du parenchyme rénal, qui lui forme une mince membrane d'enveloppe. Albarran considère ce cas comme assez rare. Le plus souvent, en effet, d'après lui, le néoplasme, d'abord local, finit par détruire le rein par son rapide accroissement.

Ces divergences d'opinion ne sont peut-être qu'apparentes, elles tiennent sans doute à ce que ces auteurs ont examiné des tumeurs à des époques différentes de leur évolution.

Aussi, passant en revue les observations que j'ai pu réunir de sarcomes du rein chez l'adulte, je vais chercher à établir leurs connexions avec le reste du parenchyme rénal, puis j'établirai quelques considérations sur les autres caractères macroscopiques, et enfin j'étudierai leurs connexions avec les organes voisins, ainsi que les lésions de généralisation.

Rapports avec le parenchyme rénal. — Sur les 48 observations que j'ai pu réunir, je trouve dix fois une

tumeur développée dans le pôle supérieur du rein, quatre fois la tumeur siégeait dans le pôle inférieur, une fois (cas d'ALBARRAN) il s'agissait d'un sarcome circonscrit du bord convexe. Dans quatre observations, il y avait envahissement total ou presque total de l'organe.

1° *Tumeur siégeant dans le pôle supérieur du rein.* — Ce siège se trouve dans quatre cas de ROVSING. Une fois (observation II), il s'agissait d'une tumeur ovale, ayant son point de départ dans la capsule surrénale, et qui avait envahi la moitié supérieure du rein ; la moitié inférieure de l'organe paraissait formée de tissu sain, avec, çà et là, quelques îlots néoplasiques. Les premiers symptômes remontaient à 6 mois. Dans l'observation III, le rein, légèrement bosselé, hypertrophié à sa partie supérieure, pesait 575 gr., la moitié inférieure était libre de néoplasme. Les premiers symptômes remontaient à treize mois. Dans l'observation IV, le néoplasme parut, sur une coupe, formé de deux parties, l'une supérieure plus petite (environ un quart de la masse totale), représentait la capsule surrénale, considérablement hypertrophiée; l'autre, inférieure, plus volumineuse, correspondait au tiers supérieur du rein; dans les deux tiers inférieurs du rein, on trouvait du parenchyme normal. Le début des accidents remontait à 3 ans.

Dans l'observation VII, le tiers supérieur du rein est transformé en une masse néoplasique bosselée. Le début des accidents remontait à 5 mois.

Dans un cas de myxo-sarcome publié par BAZY (observation XIII), le néoplasme occupe l'équateur supérieur du rein. L'équateur inférieur n'a rien. La tumeur est implantée par une très large base sur le bord externe du

rein, dédoublant la face antérieure et la face postérieure. Le début remontait à plusieurs années.

Lubarsch (obs. XLIV) a publié un cas de sarcome, développé dans un rein mobile; le néoplasme bien encapsulé occupait le pôle supérieur du rein. Le début remontait à trois ans.

Dans le cas de Hume (obs. XXX), le sarcome s'était développé à la partie supérieure du bord concave, de telle sorte que le tissu rénal recouvrait la face postérieure de la tumeur. Le début de la maladie remontait à un an.

Nous trouvons encore cette localisation au pôle supérieur du rein, dans deux cas de Max Jordan (obs. XXVI et XXVII).

2° *Sarcome développé dans le pôle inférieur du rein.* — Examinons maintenant les cas moins nombreux, où le sarcome s'est développé dans le pôle inférieur du rein.

Dans un cas rapporté par Pawlik (obs. X), la pièce, conservée dans l'alcool, présente les dimensions suivantes : longueur 14 cm. 1/2, dont 6 pour le rein et 9 pour la tumeur, largeur au niveau du hile 6 cm., épaisseur 4 cm., le diamètre transversal de la tumeur est de 9 cm. La moitié supérieure du rein a un aspect normal et lisse, ainsi que la portion située au-dessous du hile, jusqu'à 2 cm. ou 2 cm. 1/2. Mais la partie répondant au quart inférieur est notablement grossie, et occupée par une tumeur kystique, bosselée, qui, sur la pièce, mesure environ 2 poings. Le bassinet est séparé de cette tumeur par une zone assez large de tissu rénal, macroscopiquement normal. Sur une coupe transversale de la portion du rein conservée, la zone corticale est réduite à 2 millimètres la région médullaire est hypertrophiée.

Dans un cas de Hildebrant (obs. XLII), le tiers inférieur du rein est occupé par une tumeur très molle, blanc rougeâtre, les deux tiers supérieurs sont normaux. Le début remontait à un an.

De même Lubarsch (obs. XLIII) décrit un rein mesurant 17, 15 et 10, dont les 7 cm. inférieurs sont envahis par une série de tumeurs rondes, molles, dissoutes. La capsule adipeuse est envahie. Les premiers symptômes ne sont apparus que depuis 6 mois.

Enfin Rovsing (obs. XXIII) signale lui aussi un cas de sarcome, qui occupait le pôle inférieur du rein droit.

3° *Néoplasme siégeant sur le bord convexe.* — Dans un cas publié par Albarran (obs. XVI), la tumeur, de la grosseur d'une noisette, siégeait sur le bord convexe du rein ; à l'intérieur du rein, elle s'avançait jusqu'à la base des pyramides.

4° *Limitation du néoplasme.* — Les tumeurs dont je viens de parler ont donc pour caractère important de n'occuper qu'une partie limitée de l'organe.

Quelques-unes sont munies d'une enveloppe fibreuse, qui les sépare du parenchyme rénal.

La tumeur de Pawlik (obs. X) est manifestement séparée du tissu rénal par une capsule conjonctive de 4 mm. d'épaisseur. Sur une coupe frontale, en dedans et en dehors, on voit le tissu du rein s'amincir jusqu'à la capsule. Sur cette coupe frontale, on voit le tissu rénal s'avancer à 1 cm. ou 1 cm. 1/2 à la face antérieure du néoplasme, et à 7 ou 8 cm. sur sa face postérieure.

Ce sarcome ressemble assez à celui décrit au chapitre I ; comme lui, il occupe une portion limitée du rein ; comme lui, il est muni d'une coque fibreuse. Dans l'un et

l'autre cas, le tissu rénal entoure de toutes parts la tumeur, s'amincissant entre la capsule propre du rein et le néoplasme, jusqu'en un point où les capsules arrivent au contact l'une de l'autre.

Ces tumeurs semblent bien avoir dissocié le parenchyme rénal, plutôt qu'elles ne l'ont détruit.

Nous retrouvons une capsule fibreuse très nette, séparant le néoplasme du tissu rénal, dans deux cas de HILDEBRANT (obs. XLI et XLII) et dans un cas de LUBARSCH (obs. XLIV).

D'autres tumeurs ne sont pas munies d'une capsule fibreuse, et restent néanmoins nettement circonscrites.

C'était le cas de la tumeur d'ALBARRAN (obs. XVI), qui ne dépassait pas la base des pyramides. Il a suffi pour l'enlever de faire une résection cunéiforme du rein. Le début des accidents remontait déjà à 14 mois.

5° *Persistance d'une notable portion de parenchyme rénal sain.* — Suivant l'étendue plus ou moins grande du néoplasme, nous voyons subsister tantôt la moitié (obs. II et III), tantôt le tiers (obs. IV), ou les deux tiers (obs. VII et XLII), tantôt les trois quarts (obs. XX), parfois même une plus grande étendue de parenchyme rénal.

6° *Infiltration néoplasique.* — Il est des observations où l'on trouve une disparition complète ou presque complète du parenchyme rénal, et parfois aussi l'infiltration néoplasique.

C'est ainsi que, dans le cas d'ASKANAZY (obs. XLV), le rein est envahi dans presque toute son étendue. Il en est de même dans l'observation XLI, où il ne persiste qu'un peu de tissu rénal. Dans l'observation V, on trouve un sarcome dur avec très peu de substance rénale.

Nous avons vu au Musée Guyon (obs. XII) un rein sarcomateux, dont l'extrémité inférieure seule présentait encore son aspect macroscopique normal.

Dans le cas de Jeannel (obs. XIX), le tissu néoplasique a complètement infiltré le rein ; la gaîne fibreuse du néoplasme est constituée par la capsule propre du rein. Ce n'est qu'en certains points que l'examen microscopique permet de reconnaître quelques tubes rénaux comprimés et obstrués par un bouchon granuleux.

Dans le myxo-sarcome, décrit par Bazy (obs. XIII), l'équateur supérieur du rein était infiltré sans démarcation nette entre le néoplasme et le tissu rénal sain.

Comme on le voit, l'infiltration du parenchyme rénal par la néoplasie sarcomateuse est assez rare. Le plus souvent il s'agit de tumeurs anciennes, ou à évolution rapide, qui ont détruit presque tous les éléments rénaux.

Plus souvent, on observe, surtout au début des tumeurs, bien circonscrites et parfois encapsulées.

On comprend que l'extension néoplasique sera moins rapide dans les cas où la tumeur est pourvue d'une coque fibreuse.

Volume. — D'après l'étude que je viens de faire, des rapports de la tumeur avec le parenchyme rénal, il est facile de comprendre que les plus grandes variétés doivent se rencontrer dans le volume des sarcomes du rein.

C'est ainsi que les tumeurs, surprises assez près de l'origine de leur évolution, et qui restent longtemps assez bien circonscrites, offrent un petit volume : dans le cas d'Albarran (obs. XVI), la partie saillante du néoplasme

avait la grosseur d'une noisette. Il en était de même dans un cas d'ISRAEL (obs. XXXVI).

Mais déjà, alors même qu'elles n'ont envahi qu'un des pôles du rein, leur volume peut s'accroître jusqu'à celui du poing ou de deux poings (obs. X).

Dans un cas de ROVSING (obs. III), le rein enlevé pesait 575 gr. (le poids moyen du rein adulte est de 130 gr.) et pourtant la moitié inférieure était libre de néoplasme. Les diamètres du rein étaient : 15, 7 1/2 et 11, normalement ils sont : 12, 7 et 3, il y avait donc une augmentation considérable du diamètre antéro-postérieur.

Certaines de ces tumeurs atteignent le volume d'une tête de fœtus à terme (obs. XIII), d'autres ont le volume d'une petite tête d'enfant (obs. XIX). Il en est qui peuvent acquérir le volume d'une tête d'adulte (obs. XXII).

On sait que, chez l'enfant, ces tumeurs arrivent assez rapidement à remplir presque tout l'abdomen. Mais ces énormes tumeurs ne s'observent pas chez l'adulte.

ASPECT ET CONSISTANCE. — Parfois, le rein a conservé sa forme générale. Mais il est bosselé à l'une de ses extrémités, là où siège le néoplasme. D'autres fois, on ne trouve qu'une masse irrégulière, présentant seulement en un point l'aspect du rein normal.

La consistance est très variable.

Une fois (obs. V), on a trouvé une tumeur dure, dont quelques points criaient sous le scalpel, tandis que d'autres étaient ramollis.

La consistance molle domine, ce qui s'explique par la nature du contenu de la tumeur, masse demi-molle, presque fluctuante, caractéristique du sarcome encéphaloïde, ou sarcome à petites cellules rondes.

Dans plusieurs de nos observations, nous voyons que l'on a pu, après ouverture de la capsule, extraire la plus grande partie de cette substance, et réduire le néoplasme presque à sa coque, ce qui rendait son énucléation assez facile, malgré de nombreuses adhérences avec le tissu périrénal.

D'autres fois, la consistance est élastique ; la ponction peut, dans ces cas, donner issue à un liquide sanglant, foncé (obs. X), ou à un liquide plus séreux. C'est qu'en effet on trouve souvent dans les sarcomes du rein, comme dans tous les sarcomes en général, des kystes sanguins, dus à la rupture des vaisseaux de la tumeur. Dans le rein, ces kystes acquièrent rapidement un volume considérable.

Parfois (obs. XIV), la consistance est inégale, ferme en certains points, au voisinage du hile, pâteuse et molle en d'autres, sur les bosselures.

Aspect de la coupe. — Elle est très variable suivant les néoplasmes, et suivant les différents points d'un même néoplasme.

Très souvent, on observe des parties caséeuses, ce sont des points dégénérés. D'autres fois, c'est une masse molle, demi-fluctuante, qui pendant l'opération peut se répandre sur la plaie et devenir le point de départ de récidives.

Cette consistance apparaît nettement dans les cas de Rovsing. On y observe aussi une grande diversité d'aspect. Parfois (obs. III), la coupe montre des masses néoplasiques, molles, diffluentes, jaune d'ocre, finement marbrées ou rouge violacé, indiquant un épanchement hémorragique récent ; avec çà et là des cavités kystiques, renfermant un coagulum noirâtre. Une autre fois

(obs. VII), la coupe montre une masse néoplasique jaunâtre, ramollie.

La tumeur du musée Guyon (obs. XII) était formée de grosses masses molles, bourgeonnantes, au milieu desquelles étaient creusées des cavités plus ou moins vastes, pleines de sang.

Dans le cas de Bazy, il y avait une grande poche remplie d'une boue brunâtre, chocolatée dans la plus grande partie de son étendue, plus rougeâtre au voisinage du rein, absolument analogue à la boue de certaines hématocèles vaginales. La face interne de la poche était tapissée par des caillots fibrineux, infiltrés, à l'aspect brunâtre et adhérents à des bourgeonnements néoplasiques, partis de la face interne de la poche.

Ce sont là des phénomènes de nécrose comme on en observe souvent dans le sarcome, et qui produisent l'ulcération de la tumeur (obs. XXXI).

Enfin les épanchements hémorragiques, anciens et récents, produisent les différences de coloration, que nous venons de voir.

En résumé; la coupe des sarcomes du rein présente une grande variété d'aspect ; on note : l'aspect encéphaloïde, les colorations brunâtres ou rougeâtres, les cavités kystiques, les foyers de dégénérescence ou de nécrobiose.

Connexions avec les organes voisins. — Nous avons vu que la tumeur restait longtemps circonscrite à une portion limitée du rein. Mais même alors que la lésion a envahi presque tout l'organe, elle reste encore longtemps circonscrite au parenchyme rénal. En effet, comme le fait remarquer Chevalier, la capsule propre du rein subit

une sorte d'irritation chronique ; elle est épaissie, sauf par places, où elle peut être amincie. Mais elle cède rarement spontanément, et ne laisse pas souvent passer un prolongement néoplasique. Il y a dans cette limitation du néoplasme une des conditions les plus favorables à son ablation.

Parmi les observations que j'ai pu réunir, 3 fois on voit que la capsule s'est rompue pendant l'opération, il y avait donc un point de moindre résistance. Une fois (obs. XI), le contenu, masse demi-molle, se répandit dans la plaie. Cinq mois et demi après, il y avait une récidive dans la cicatrice. Une autre fois (obs. IV), la rupture de la poche était due à l'effort nécessité par la résistance des adhérences. Dans le cas publié par Bazy (obs. XIII), la tumeur s'est déchirée, en un point moins résistant, par lequel elle avait envoyé des prolongements jusque dans la capsule adipeuse du rein.

La tumeur, que recouvre en avant le péritoine, reste le plus souvent libre au milieu des autres organes abdominaux. Une seule fois (obs. XV), j'ai trouvé une tumeur adhérente à la paroi abdominale antérieure.

La tumeur du musée Guyon (obs. XII) était adhérente à la veine cave inférieure.

Le plus souvent, on observe des adhérences avec la capsule adipeuse du rein. Ces adhérences sont en général très vasculaires et rendent l'hémostase difficile dans l'extirpation du néoplasme. Parfois elles sont peu résistantes, mais nombreuses (obs. V). D'autres fois, elles sont assez résistantes pour rendre très pénible la libération de la tumeur (obs. II). Deux fois on trouva de fortes adhérences à la partie supérieure (obs. III et IV). Une fois on dut laisser en haut un reste de tumeur (obs. VIII).

Généralisation. — Si la propagation est difficile, elle peut exceptionnellement se produire à la longue. Nous avons vu la capsule adipeuse envahie, dans le cas de Bazy. Mais surtout la généralisation est fréquente, sinon la règle, à une certaine période de la maladie. Cette généralisation est même assez précoce pour les ganglions du hile et les ganglions lombaires (obs. XVII).

On a trouvé du tissu néoplasique, au niveau du pédicule (obs. V).

Le bassinet peut être rempli par le néoplasme (obs. IV). L'uretère s'est trouvé rempli de tissu muqueux (obs. IX); une autre fois (obs. VIII), il était enclavé par le néoplasme et obstrué par les masses néoplasiques.

Nous avons déjà signalé l'adhérence à la veine cave inférieure. D'autres fois on observe l'adhérence à la veine rénale.

On trouve des thrombus néoplasiques dans la veine rénale (obs. III), dans les veines du rein et de la tumeur (obs. XLV).

Comme généralisation plus éloignée, on trouve la sarcomatose de la plèvre et des poumons (obs. IV). On observe aussi la généralisation dans le péritoine, le grand épiploon, l'utérus et les ovaires (obs. V).

Les deux reins sont rarement envahis simultanément. Cependant, dans un cas de Rovsing (obs. VI), les deux reins étaient transformés en colossales tumeurs sarcomateuses. Il y avait en outre une sarcomatose généralisée du péritoine avec ascite.

Chez la malade de Malcoolm (obs. XVII), quatre mois après l'opération, pendant laquelle quelques tissus lâches et des ganglions furent enlevés sur le côté gauche de la

tumeur, on trouva une grosse masse solide dans l'abdomen. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tumeur de la grosseur de deux poings, attachée au grand épiploon. Dans le bassin, on trouva un liquide noir, épais, consistant en tissu dégénéré et en sang. Il y avait une masse molle, rétrocœcale. Le cul-de-sac de Douglas était rempli de masses néoplasiques. Les ganglions de l'épine dorsale étaient hypertrophiés. Il y avait également deux ganglions hypertrophiés derrière le muscle sterno-mastoïdien.

En résumé, certaines de ces tumeurs peuvent, alors même qu'elles ont acquis un grand volume, rester bien limitées, sans envahir les organes voisins et sans se généraliser.

La propagation se fait surtout par la veine rénale et l'uretère. Les ganglions du hile sont les premiers envahis. La généralisation peut se faire alors rapidement dans le péritoine et les organes pelviens. Plus rarement on observe la généralisation par des noyaux métastatiques dans les poumons et dans les plèvres.

2° **Histologie.** — Au point de vue histologique, les sarcomes du rein appartiennent à plusieurs variétés.

Paul, de Liverpool, donne la classification suivante :

I. Sarcomes d'origine congénitale	1° à cellules rondes	fibro-sarcomes, myo-sarcomes à fibres striées, autres variétés.
	2° adéno-sarcomes.	
II. Sarcomes d'origine non congénitale	1° à cellules rondes.	
	2° autres variétés.	

Bertram Windle donne une classification plus nette. Il divise les sarcomes connus jusqu'alors en cinq classes : 1° sarcomes à cellules fusiformes ; 2° sarcomes à cellules

rondes ; 3° sarcomes avec éléments musculaires striés ; 4° autres variétés (myxo-sarcomes) ; 5° sarcomes dont les caractères histologiques n'ont pas été établis.

Guillet, se basant sur ces descriptions et sur un certain nombre d'observations, reconnaît dans le rein quatre variétés de sarcome : le globo-cellulaire, le fuso-cellulaire, le myxo-sarcome, et le sarcome avec éléments musculaires striés, désigné encore sous le nom de myo-sarcome ou rhabdomyome. Mais ce dernier ne mérite pas à proprement parler le nom de sarcome ; il s'agit de tumeurs complexes, de tératomes. En outre, on ne le rencontre que chez l'enfant, et je n'ai en vue exclusivement ici que les tumeurs de l'adulte.

Il reste donc à étudier le sarcome globo-cellulaire, le fuso-cellulaire et le myxo-sarcome. A côté de ces formes, je signalerai des tumeurs, que les auteurs allemands décrivent sous le nom d'endothéliomes.

Mais avant de passer en revue les caractères histologiques des sarcomes du rein, d'après les observations que j'ai pu réunir, je crois qu'il est utile de résumer en quelques lignes les caractères fondamentaux des sarcomes en général, tels que M. le professeur Malherbe les a exposés, dans un mémoire magistral, couronné récemment par l'Académie de Médecine.

1° Caractères généraux des sarcomes

Les sarcomes sont des tumeurs résultant de la prolifération, avec altération du type, des cellules des tissus conjonctifs.

On rencontre deux types principaux de sarcomes ; l'un à cellules fusiformes ou plus ou moins étoilées, répondant

aux cellules fixes du tissu conjonctif; l'autre à cellules rondes, répondant aux cellules migratrices du tissu conjonctif. Le premier est le sarcome fuso-cellulaire, le second est le sarcome globo-cellulaire des auteurs, ou mieux lympho-sarcome.

Les cellules fusiformes présentent des prolongements extrêmement longs, parfois bifides. Leurs dimensions varient entre 40 ou 50 et 150 à 200 millièmes de millimètres, suivant qu'il s'agit de la variété à grandes ou à petites cellules. Le noyau est en général nettement délimité ; il est divisé en une infinité de granulations et de nucléoles, très sensibles aux réactifs histochimiques.

Les cellules du sarcome globo-cellulaire sont en général beaucoup plus petites que les cellules du sarcome fuso-cellulaire. Leurs dimensions varient de 5 à 6 millièmes de millimètre pour les plus petites, jusqu'à 12 ou 15 pour les plus grosses. Elles ont toutes un gros noyau, qui forme à lui seul presque toute la masse de l'élément, et un ou plusieurs nucléoles très réfringents et très volumineux. Ces éléments anatomiques sont tassés les uns sur les autres, au point de masquer complètement la trame.

On observe des cellules étoilées dans les formes myxomateuses du sarcome et quelquefois dans le sarcome fuso-cellulaire ordinaire ; cela n'a rien d'étonnant, puisque ces cellules procèdent de celles du tissu conjonctif qui, vues sous certains aspects, paraissent munies de prolongements étoilés.

Les sarcomes sont formés presque exclusivement de cellules ; cependant on parvient presque toujours, avec ou sans l'aide du pinceau, à découvrir des travées fibreuses qui subdivisent le tissu et soutiennent les cellules.

Parfois même, on observe une trame alvéolaire comparable à celle du carcinome. Dans les sarcomes globo-cellulaires, on rencontre le plus souvent un réticulum très délicat qui soutient les cellules. Aussi les préparations ressemblent beaucoup à celles d'un ganglion lymphatique.

Dans quelques fibro-sarcomes encore peu avancés en dégénérescence, on peut rencontrer des faisceaux assez volumineux de tissu fibreux. Dans les myxomes, la trame est constituée par de la substance muqueuse plus ou moins abondante.

A la périphérie du néoplasme, tantôt la trame se confond avec le tissu conjonctif ambiant, tantôt elle se condense en une membrane kystique. Le sarcome, surtout à ses débuts, est donc parfois entouré d'une enveloppe de tissu conjonctif, plus ou moins épaisse.

Les vaisseaux du sarcome sont de deux sortes : 1° les vaisseaux préexistants, à demi oblitérés et en voie de destruction ; 2° les vaisseaux néoformés qui ne consistent le plus souvent qu'en une couche des cellules endothéliales. Parfois ils sont extrêmement dilatés. Ailleurs, ils se rompent, donnant lieu à des hémorragies interstitielles ou à la formation de kystes sanguins, parfois volumineux.

L'insuffisance de la circulation dans la tumeur produit les altérations nécrobiotiques et dégénératives, qui sont de règle dans tous les sarcomes un peu volumineux.

2° CARACTÈRES HISTOLOGIQUES DES SARCOMES DU REIN

Cellules. — La variété la plus commune est le sarcome le plus malin, le sarcome globo-cellulaire ; sur 16 cas de sarcomes mentionnés par Dickinson, 14 étaient des sarcomes à cellules rondes.

D'après GUILLET, elle est constituée par des cellules arrondies ayant dans leur volume toutes les variétés que l'on rencontre dans le sarcome. La variété à petites cellules serait la plus fréquente.

Le sarcome fuso-cellulaire est moins commun. DICKINSON ne l'a observé que deux fois. Le myxo-sarcome est encore plus rare.

D'après les observations que j'ai réunies, le sarcome globo-cellulaire ne se trouve mentionné que deux fois à l'état de pureté (obs. III et XXX).

Le plus souvent on observe l'association des cellules fusiformes et arrondies en proportion variable : c'est le sarcome globo-fuso-cellulaire (obs. XVIII, XXXI).

Dans l'observation I, nous voyons une prédominance marquée des cellules rondes, mais çà et là il existe des travées de cellules fusiformes.

D'autres fois, les cellules fusiformes dominent ; mais à côté on observe tantôt des cellules un peu irrégulières avec prolongements multiples (obs. II), tantôt des amas de cellules rondes (obs. IV et V).

Enfin, d'autres fois on observe le sarcome fuso-cellulaire pur (obs. VI, VII, X et XX).

Comme on le voit, si les cellules rondes dominent dans le sarcome du rein chez l'adulte, elles sont souvent accompagnées de cellules fusiformes. Et on observe assez souvent le sarcome fuso-cellulaire pur.

Quant aux dimensions des cellules sarcomateuses, nous retrouvons les mêmes variétés que dans le sarcome en général : tantôt on observe le sarcome à grandes cellules (obs. I, III, XI), tantôt c'est le sarcome à petites cellules (obs. IX, XXXI.)

J'ai déjà signalé dans l'observation I la présence de points nettement myxomateux. De même, BAZY (obs. XIII) et ISRAEL (obs. XXIII) ont décrit l'un et l'autre un cas de myxo-sarcome.

TRAME. — Elle est en général assez développée. Parfois ce sont des travées conjonctives très lâches, cachées presque complètement par les cellules néoplasiques, comme cela se voyait en maints endroits sur nos préparations (obs. I).

Ailleurs la trame se résout en une substance amorphe, à peine parsemée par places de quelques fibres très délicates.

Mais le plus souvent on observe des travées conjonctives assez denses, au milieu desquelles se trouvent des cellules fusiformes, formant des faisceaux ondulés.

La substance fondamentale s'épaissit parfois à la périphérie, formant la membrane d'enveloppe, dont nous avons parlé plus haut.

Parfois les faisceaux conjonctifs, très épais, forment le sarcome alvéolaire (obs. XIV) ou même le fibro-sarcome.

Il n'est pas jusque dans les points myxomateux, où l'on ne retrouve des éléments fibrillaires. Dans le myxo-sarcome décrit par ISRAEL (obs. XXXIII), la tumeur était traversée par des travées conjonctives, visibles à l'œil nu, sur la coupe.

VAISSEAUX. — Ils présentent la structure générale du vaisseau sarcomateux, le plus souvent réduit à son endothélium (obs. X). Parfois dilaté, formant des lacunes (obs. I), souvent rompu, d'où les hémorragies anciennes et récentes, que l'on retrouve dans presque toutes les ob-

servations, d'où aussi les vastes cavités kystiques que nous avons vues plus haut.

A côté de ces vaisseaux, on en observe d'autres (obs. I) à parois plus épaisses, ce sont les vaisseaux du rein préexistants.

Le plus souvent les sarcomes du rein sont remarquables par leur grande richesse vasculaire. D'où le nom d'angio-sarcome, donné par Max Jordan à quatre tumeurs du rein, qu'il a enlevées (obs. XVI, XVII, XVIII, XIX). De même, Israel désigne deux de ces tumeurs, l'une sous le nom de sarcome caverneux, l'autre sous celui d'angio-sarcome (obs. XXXVI et XXXVII).

Cette richesse vasculaire nous explique la fréquence et la multiplicité dans un même néoplasme des kystes sanguin, que nous avons décrits. Elle nous fait aussi comprendre l'abondance des hémorragies, caractérisées microscopiquement par la présence de nombreux globules du sang, tantôt groupés en amas, tantôt infiltrés entre les éléments anatomiques (obs. I).

Dégénérescence. — Comme dans tout sarcome, on observe la dégénérescence graisseuse : caractérisée par la présence de cellules graisseuses à côté des autres éléments du néoplasme, et parfois par l'existence de gouttelettes de graisse au sein du protoplasma cellulaire.

Parfois une partie notable de la tumeur a subi la transformation graisseuse (obs. III).

Mentionnons aussi la dégénérescence par nécrobiose des éléments cellulaires. Cette nécrobiose aboutit à la formation de parties caséeuses (obs. I et II), et parfois aussi à celle de kystes par dégénérescence. Ces cavités se distinguent des kystes sanguins, en ce que leurs parois

sont tapissées de bourgeons néoplasiques. C'est une vaste ulcération au sein de la tumeur. Elles sont remplies d'une boue brunâtre, ou de caillots, dont les plus récents tapissent les bourgeons saignants de la poche.

Nous avons vu des observations, où la presque totalité de la tumeur avait subi cette dégénérescence. Dans ces cas, on ne trouve plus de cellules sarcomateuses typiques que sur les parois de la tumeur ou dans les travées fibreuses, qui persistent assez longtemps.

3° STRUCTURE DE CERTAINES TUMEURS DU REIN

A côté des formes que je viens de décrire, je dois donner une place à part à certaines tumeurs du rein. Ce sont des tumeurs que les auteurs allemands désignent sous le nom d'endothéliomes, et qu'ils semblent faire dériver de la capsule surrénale.

Hildebrant a étudié la structure de ces néoplasmes. Il décrit deux tumeurs (obs. XLI et XLII), dont voici les principaux caractères : Elles sont séparées du rein par une capsule fibreuse. Dans les cellules, on trouve de la graisse et du glycogène. On trouve beaucoup de vaisseaux capillaires et une structure semblable aux endo et péri-théliomes. Ces endothéliomes ont leur point de départ dans les périthéliums des vaisseaux et dans les endothéliums des espaces lymphatiques. Leur structure ressemble à celle du tissu surrénal.

Drissen (obs. XLVI) décrit lui aussi une tumeur endothéliale. Israel parle d'un sarcome endothélial du rein gauche (obs. XXXVIII).

Lubarsch a fait une étude sur la structure des tumeurs rénales provenant de la glande surrénale. Il s'agit de ces

tumeurs décrites par Grawitz sous le nom de struma supra-renalis, que l'on range aujourd'hui parmi les adénomes. Mais il en est qui présentent une structure sarcomateuse, ce sont les struma supra-rénal-sarcomatodes de Lubarsch (obs. XLIII, XLIV).

C'est à dessein que j'ai réservé pour la fin l'étude de ces formes anatomiques, dont la nature est encore mal déterminée.

La description des tumeurs endothéliales reste un fait intéressant. On sait l'importance de l'élément vasculaire dans le sarcome et en particulier dans le sarcome du rein. Le point de départ dans les périthéliums vasculaires n'est sans doute qu'une apparence. Les auteurs ont été frappés de ce que les cellules sarcomateuses se groupaient souvent autour des vaisseaux, où elles sont mieux nourries.

D'après la théorie de Monod et Arthaud, le sarcome aurait une origine vasculaire. Cette théorie ne saurait être admise pour la majorité des sarcomes. Mais peut-être pourrait-elle être admise pour ces tumeurs, dont les cellules semblent naître des parois vasculaires.

Quant à la ressemblance de certaines de ces tumeurs avec le tissu surrénal, c'est un point sur lequel j'aurai à revenir, en étudiant la pathogénie des tumeurs conjonctives du rein.

II. — FIBROMES DU REIN

Je serai bref sur l'anatomie des tumeurs fibreuses du rein. En étudiant les sarcomes du rein, j'ai fait pressentir qu'il y avait une transition entre les deux néoplasies. En effet la néoplasie conjonctive jeune, le sarcome, présente souvent dans le rein une grande quantité d'éléments

fibreux, qui la rapproche de la néoplasie conjonctive adulte ou fibrome.

En effet, le fibrome, sarcome adulte de Lancereaux, est caractérisé par sa richesse en fibres et sa pauvreté en cellules.

D'après Guillet (1), les fibromes sont le plus souvent de petites tumeurs, qui ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable. Ils sont alors constitués par des nodules grisâtres, arrondis, fermes, qui se trouvent isolés dans la substance du rein, particulièrement le long des vaisseaux, à la base des pyramides.

Ces petits noyaux fibromateux ont été décrits par Virchow. Ils sont ordinairement multiples et paraissent liés à des lésions de néphrite.

Mais à côté de ces petits fibromes, Guillet signale l'existence de grosses tumeurs fibreuses. Celles-ci sont rares ; il n'a pu en réunir que 11 observations. Ces fibromes forment tous une tumeur reconnaissable sur le vivant ; quelques-uns peuvent acquérir un volume énorme : celui de Bruntzel pesait 37 livres et demie, celui de Billroth pesait 18 kilos. Ils paraissent se développer le plus souvent aux dépens de la capsule fibreuse du rein. Comme les sarcomes, ils sont souvent occupés par de grandes cavités kystiques, qui les ont fait prendre parfois pour des tumeurs kystiques.

Dans un cas de Claus (obs. LI), la tumeur était en grande partie transformée en un vaste kyste, qui renfermait 3 à 4 litres d'un liquide rouge sombre. Elle s'était développée entre les substances corticale et médullaire du rein.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1888, page 401.

Beaucoup de grosses veines traversaient la paroi du sac, et le liquide kystique provenait en grande partie d'hémorragies ayant ces veines comme point de départ.

Une fois (obs. LIII), il s'agissait d'un fibromyome très vasculaire, développé en un point déterminé de la capsule du rein.

Nous voyons deux autres fois des fibromes ayant leur point de départ dans la capsule fibreuse du rein : l'un de G. Thomas (obs. LIV) contenait des kystes monoloculaires, l'autre de Bruntzel (obs. LV), était une colossale tumeur, qui remplissait tout le ventre et pesait 37 livres 1/2. Il était composé d'un certain nombre de masses ayant la grosseur d'une tête d'enfant ou d'une tête d'homme, réunies sans incisures bien marquées. Dans le tissu conjonctif fibreux, on voyait de fortes traînées de tissu conjonctif lâche. Au centre, il y avait une portion jaune rougeâtre avec parties en voie de ramollissement, et des vaisseaux thrombosés au voisinage.

La grande richesse vasculaire, la présence des cavités kystiques sont des caractères, qui rapprochent ces tumeurs des sarcomes du rein. Ils en diffèrent au point de vue anatomique par la rareté ou l'absence totale des éléments cellulaires.

III. — LIPOMES DU REIN

Les lipomes du rein ont été décrits pour la première fois en 1859, par Godard, sous le nom de substitution graisseuse du rein. Ils ont été plusieurs fois étudiés depuis. Mais Hartmann fait observer que l'on a confondu sous ce nom des lésions différentes.

Ce sont ces lésions, que Guillet ramène à trois variétés :

1° L'hypertrophie de l'élément adipeux de l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein ;

2° Des tumeurs graisseuses limitées et encapsulées, situées dans l'épaisseur du rein ;

3° L'envahissement diffus du parenchyme rénal, par des masses lipomateuses, la substitution graisseuse du rein.

Qu'il se présente sous l'une ou l'autre de ces trois formes, le lipome du rein est le plus souvent lié à une inflammation chronique du rein ou du bassinet.

Hallé (1) le regarde comme une des conséquences des uretéro-pyélites.

Ainsi considérés, les lipomes du rein n'appartiennent pas aux néoplasmes rénaux proprement dits.

Cependant nous devons laisser une place aux lipomes hétéroplastiques, décrits par Virchow, puis étudiés par Lacampe-Lousteau, et plus récemment par Ulrich et par Muller.

Albarran (2) distingue les lipomes, vrais néoplasmes, des transformations lipomateuses du rein, qu'on observe dans certaines affections des reins, particulièrement dans la lithiase. Il les sépare également des tumeurs graisseuses périrénales, nées de la capsule adipeuse.

Ainsi envisagés, les lipomes du rein sont constitués par des petites tumeurs uniques ou multiples, ne dépassant pas la grosseur d'une cerise. Ils ont pour siège de prédilection la substance corticale, souvent immédiatement au-dessous de la capsule. Leur forme est arrondie, parfois lobulée ; leur couleur est grisâtre.

Dans le cas d'Alsberg (obs. LVI), le rein présentait plu-

(1) Thèse de Paris, 1887.

(2) *In* Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, tome VIII.

sieurs lipomes purs, qui lui donnaient le volume d'une tête d'enfant. Ce cas est unique, et de plus il s'agit d'une tumeur observée chez l'enfant.

Les autres lipomes volumineux observés chez l'adulte se rattachent à des lésions de pyélite, tel le cas rapporté par Hartmann à la Société anatomique de Paris en 1885. Parfois aussi il s'agit de lipomes circumrénaux, tel le cas de Spencer Wells (1). Ces lipomes circumrénaux s'accompagnent parfois d'une dégénérescence graisseuse du rein, tel est le cas de Monod (obs. V).

Au point de vue histologique, les lipomes du rein sont rarement purs : presque toujours on trouve de nombreuses fibres musculaires lisses. Dans certains cas, il s'agit de myolipomes ou de lipomyosarcomes (observations de Manasse, de Lubarsch, de Muller).

(1) *Archives générales de Médecine*, t. II, p. 236, 1884.

CHAPITRE III

Pathogénie des tumeurs conjonctives du rein.

L'existence des tumeurs conjonctives du rein, quelle qu'en soit la nature, sarcome globo ou fuso-cellulaire, myxo-sarcome, endothéliome, fibrome, lipome, reste un fait assez difficile à expliquer, étant donnée la pauvreté du rein en éléments conjonctifs.

Du reste, ces tumeurs sont assez rares chez l'adulte. Et le sarcome de l'enfant est un tératome, dont la genèse est facile à comprendre dans une région particulièrement prédisposée aux reliquats embryonnaires, comme dans tous les organes qui dérivent du corps de Wolff, tels que le testicule et l'ovaire.

Mais pour l'adulte, cette origine ne semble pas devoir être admise, du moins dans la majorité des cas.

On sait en effet que la théorie de Cohnheim, d'après laquelle toutes les tumeurs auraient pour origine une inclusion embryonnaire des feuillets du blastoderme, trouve son application pour expliquer les tumeurs épithéliales des maxillaires, les tumeurs congénitales du coccyx, ainsi que la pathogénie des tumeurs du testicule, de l'ovaire, du parovaire, du vagin, etc. Certaines tumeurs conjonctives du rein peuvent, même chez l'adulte, avoir une semblable origine. Mais il en est d'autres, qui semblent bien

n'avoir pas d'autre origine qu'une prolifération anormale du tissu conjonctif interstitiel du rein lui-même.

I. — TUMEURS CONJONCTIVES DÉVELOPPÉES AUX DÉPENS DU TISSU CONJONCTIF DU REIN

D'après Guillet, les histologistes qui se sont occupés de la question admettent que les sarcomes du rein se développent aux dépens du tissu conjonctif interstitiel de l'organe.

C'est aussi l'opinion de Sottas. D'après lui, le sarcome a pour origine le tissu cellulaire du bassinet, les gaînes conjonctives des vaisseaux ou la capsule.

Pour comprendre les différents sièges du sarcome du rein, il est utile de donner une description générale de la trame vasculo-connective de l'organe.

D'après Testut, tous les éléments histologiques, corpuscules de Malpighi, tubes urinifères, vaisseaux et nerfs sont plongés dans une gangue conjonctive. A cette gangue conjonctive vient s'ajouter, mais sur certains points seulement, un certain nombre de fibres musculaires lisses.

Eléments conjonctifs. — Au niveau du hile, les vaisseaux qui abordent l'organe, ainsi que les calices et le bassinet, sont entourés d'une graisse molle, dépendance de la capsule adipeuse. La tunique celluleuse des calices et du bassinet se continue avec l'enveloppe fibreuse de l'organe. Les vaisseaux qui pénètrent dans le rein sont accompagnés d'une gaîne conjonctive.

Il y a donc continuité entre le tissu conjonctif extra-rénal et le tissu conjonctif intra-rénal.

Ce dernier, déjà décrit par Goodsir, en 1842, a été rejeté par Von Vittich, puis de nouveau décrit par Isaac en 1857 et par Arnold Berr en 1859. Depuis, Ludwig, Kolliker, Schweiger-Seidel l'ont de nouveau étudié.

Sur la papille et dans la zone dite papillaire, on observe un tissu nettement fibrillaire, et les fibrilles, pour la plupart, se disposent circulairement autour des canaux urinifères. Ces fibrilles deviennent de plus en plus rares, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la papille.

Dans la substance corticale, on ne trouve que des cellules étoilées ou fusiformes, dont les prolongements viennent se fixer à la paroi des tubes urinifères et des vaisseaux sanguins. Ce tissu ressemble beaucoup, suivant Kolliker, à la substance conjonctive des centres nerveux, ainsi qu'au réticulum de la rate. Les fibrilles conjonctives reparaissent au voisinage de la capsule fibreuse, et cette dernière peut être considérée comme une partie du stroma conjonctif du rein condensé.

Dans le corpuscule de Malpighi, on observe des cellules conjonctives, analogues à celles décrites par Schweiger-Seidel entre les tubes urinifères de la substance corticale. Ces cellules déjà signalées par Isaac, et décrites plus récemment par Keg, unissent les uns aux autres les capillaires flexueux du glomérule. C'est ce tissu, qui est le siège de la glomérulo-néphrite de Klebs.

Eléments musculaires lisses. — Henle (1), en 1868, a décrit tout autour des papilles rénales des fibres musculaires lisses, qui se continuent en bas avec la couche musculeuse des calices. On distingue deux plans de

(1) *Anat. des Menschen*, t. II.

fibres : les unes profondes, longitudinales, pénètrent un peu dans le parenchyme rénal; les autres, circulaires, forment le muscle annulaire de la papille.

Eberth, en 1872, a signalé à la surface du rein de l'homme une couche de fibres musculaires lisses, formant un réseau à larges mailles et envoyant quelques prolongements dans la substance corticale.

Jardet a décrit un nouveau groupe de fibres musculaires lisses, qui, partant de la papille, remontent vers la base de la pyramide et y forment un réseau au niveau de la voûte artérielle.

En résumé, le stroma vasculo-connectif et musculaire du rein est surtout développé en 2 régions : 1° au voisinage du hile dans la zone papillaire, là où les éléments vasculo-connectifs pénètrent dans la glande ; 2° sous la capsule fibreuse.

Origine des tumeurs conjonctives. — Ces deux régions ont paru plusieurs fois être le lieu d'origine des tumeurs conjonctives du rein.

Le sarcome enlevé par M. le professeur Vignard avait, comme je l'ai montré au chapitre Ier, son origine dans la zone papillaire, là où se trouvent réunis les éléments conjonctifs du bassinet, du hile et du rein. C'est manifestement la partie de l'organe la plus riche en tissu conjonctif ; là les vaisseaux sont encore assez volumineux et leur gaîne conjonctive est plus riche que partout ailleurs. Là aussi, nous l'avons vu, se trouvent plus abondantes les fibres musculaires que l'on rencontre parfois dans ces tumeurs.

Israel (obs. XXXVI) a décrit une tumeur sarcomateuse qui faisait saillie dans le bassinet et ne déterminait

à l'extérieur qu'une petite proéminence de la grosseur d'une cerise.

D'autres fois, la tumeur a pour point de départ la zone sous-capsulaire, tel est le cas d'Albarran (obs. XVI).

La capsule fibreuse est assez souvent le point de départ des tumeurs conjonctives du rein. C'est dans cette catégorie qu'il faut faire rentrer ces cas dont parle Guillet, dans lesquels la tumeur enveloppe le rein comme une nouvelle capsule, laissant le parenchyme intact. Galimier, dans sa thèse sur les tumeurs paranéphrétiques, a décrit des sarcomes et des fibromes ayant cette origine. La tumeur rénale enlevée par Bruntzel en 1882 (obs. L) était un colossal fibrome de la capsule fibreuse du rein.

II. — TUMEURS AYANT LEUR ORIGINE EN DEHORS DU TISSU CONJONCTIF PROPRE DU REIN

Origine dans la capsule surrénale. — Il n'est pas très rare d'observer des tumeurs conjonctives de la capsule surrénale, qui ont envahi le rein. Rovsing a décrit trois sarcomes du rein ayant cette origine : une fois (obs. II) la capsule surrénale était entièrement transformée en sarcome, ainsi que la partie supérieure du rein; les deux parties étaient reliées l'une à l'autre par une partie plus étroite.

Dans l'observation III, le sarcome paraît provenir de la capsule surrénale, qui est aussi dégénérée en sarcome et intimement adhérente au rein, le tissu néoplasique passant directement d'un organe à l'autre. Enfin nous avons déjà décrit la tumeur de l'observation IV, constituée par la capsule surrénale et les deux tiers su-

périeurs du rein, rattachés l'un à l'autre par un cordon épais de tissu néoplasique.

Il est facile de comprendre, dans ces cas, que le point de départ est bien la capsule surrénale et non le rein.

L'étude macroscopique des sarcomes du rein nous a montré, en effet, que la capsule propre forme pendant longtemps une barrière au néoplasme, empêchant ainsi son extension aux organes voisins. Et quand celle-ci se produit, c'est plutôt vers le hile ou la capsule adipeuse. D'autre part, la capsule surrénale est parfois le siège de sarcomes, dont Robert (1) a fait une étude, globo ou fuso-cellulaires; ils forment le plus souvent des tumeurs encéphaloïdes. Brin les fait naître dans la couche médullaire, qui est la plus vasculaire, et aux dépens de cette portion du tissu conjonctif qui sert à la formation des vaisseaux.

Tumeurs ayant pour point de départ des noyaux aberrants des capsules surrénales.—Nous avons déjà signalé l'existence de tumeurs, dont la structure rappelle celle des capsules surrénales. Dans cette classe rentrent les endothéliomes décrits par Hildebrant.

En outre, on rencontre quelquefois, sous la capsule fibreuse du rein, des petits nodules, dont la grosseur varie de celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'une noisette, quelquefois de dimensions plus considérables encore. Ces tumeurs sont été décrites par Robin, à cause de leur aspect graisseux, sous le nom de lipomes intranéphrétiques.

(1) Thèse de Lyon, 1899.

Grawitz, en 1883, observa que ces tumeurs ont une structure qui se rapproche bien plus de celle des capsules surrénales que du rein.

Quant à l'existence du glycogène dans ces tumeurs, ce fait n'a point l'importance que pensait Lubarsch, car le glycogène a été trouvé dans un grand nombre de tumeurs d'origine et de nature très différentes.

Les lipomes du rein, d'après Virchow, se développent aux dépens du tissu conjonctif interstitiel de l'organe.

Pour Lubarsch, Manassé, Grawitz et Muller, il s'agit d'une inclusion sous-capsulaire de tissu graisseux, parfois avec des fibres musculaires et remontant à la période embryonnaire.

Capsules surrénales accessoires dans le rein. — Rokitansky, Grawitz, Maglia les ont signalées. En 1893, Pillet a présenté à la Société anatomique l'observation d'un fragment de capsule surrénale, trouvé par lui chez un vieillard de l'hospice d'Ivry. Ce fragment, aplati et mince comme une pièce de 50 centimes, était situé sous l'enveloppe fibreuse du rein.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Au point de vue de la symptomatologie, les tumeurs conjonctives du rein forment deux grands groupes : l'un qui comprend le sarcome et ses différentes formes, présente un tableau clinique important, qui se confond du reste avec celui des tumeurs malignes du rein en général ; l'autre qui comprend le fibrome et le lipome, tumeurs bénignes, dont les signes cliniques sont souvent très effacés.

Aussi je serai bref sur ce chapitre.

I. — SARCOME

Le sarcome du rein chez l'adulte se révèle par un ensemble de signes qui lui sont communs avec le carcinome. Ce sont les symptômes des tumeurs malignes du rein, dont nous trouvons une étude complète dans les thèses de Guillet et de Chevalier.

Les tumeurs malignes du rein, dit Guillet, se révèlent par les symptômes suivants : 1° la présence d'une tumeur ; 2° l'existence d'un varicocèle ; 3° des altérations de l'urine, dont la plus importante est l'hématurie ; 4° des douleurs et quelquefois des troubles de la miction ; 5° des modifications de l'état général,

Parmi ces signes, trois dominent la scène : 1° un signe physique : la tumeur ; 2° et 3° deux symptômes fonctionnels : l'hématurie et la douleur. La maladie se révèle pour la première fois par l'un ou l'autre de ces trois signes : le plus souvent, d'après CHEVALIER et HÉRESCO, par l'hématurie, assez souvent par la tumeur, plus rarement par la douleur. Ajoutons que la douleur accompagne souvent l'hématurie.

HÉMATURIE. — Ce symptôme, le plus important de tous, a été très bien étudié par M. GUYON. On le rencontre dans 70 à 80 pour cent des cas de tumeurs de l'adulte. D'après GUILLET, sur 60 cas de sarcome, elle existait 22 fois. D'après CHEVALIER, elle existerait dans 75 pour cent des cas de sarcome du rein chez l'adulte.

L'hématurie peut survenir dès le début de la maladie, alors que la tumeur n'est pas encore appréciable ; plus souvent elle apparaît lorsque la tumeur a déjà acquis un certain volume ; exceptionnellement elle ne survient qu'à une période avancée, lorsque la tumeur est déjà très volumineuse.

Le pissement de sang se fait parfois sans douleurs préalables et sans malaise précurseur (obs. VII, XII, XX, XLIII, XLVII). Mais souvent aussi le malade en est averti par une sensation de chaleur et de douleur, dans l'une des régions lombaires.

Dans un cas de ROVSING (obs. IV), le malade ressentit tout à coup de violentes douleurs dans les lombes et dans le bas-ventre, puis du sang apparut dans l'urine. Une autre malade (obs. V), qui, depuis deux ans, ressentait de temps à autre des douleurs dans la région lombaire droite, fut prise tout à coup de violentes douleurs, qui furent suivies quelques jours plus tard d'une hémorragie abondante.

Dans l'observation VI, nous voyons apparaître comme premier symptôme une hématurie, qu'accompagnent des douleurs rénales sous forme de coliques.

L'hématurie n'est pas seulement précédée par les phénomènes douloureux, elle en est quelquefois accompagnée. Dans un cas rapporté par Perthes (obs. XI), l'hématurie, qui se répétait toutes les 4 à 6 semaines, fut une fois accompagnée par des coliques très douloureuses siégeant dans le côté droit. Dans l'observation XVIII, nous voyons l'hématurie très abondante s'accompagner de violentes douleurs pendant la miction, et de vomissements bilieux fréquents.

L'hématurie est spontanée dans la grande majorité des cas. Le pissement apparaît sans cause appréciable, sans violence extérieure ni fatigue. Et le repos ne calme pas toujours l'hématurie, contrairement à ce qui arrive dans l'hématurie calculeuse.

Cependant il y a quelques exceptions à cette règle : C'est ainsi que le malade de Segond (obs. XIIII), qui menait une existence très fatigante, était sujet à des douleurs très fortes, siégeant dans la région rénale gauche, douleurs presque instantanément suivies d'hématuries abondantes. Ces accidents survenaient toujours après des locomotions et des fatigues. Ils disparaissaient au bout de 2 ou 3 jours, grâce au repos.

La palpation peut produire l'hématurie : dans le cas de Thiriar (obs. XVIII), le sang augmentait d'une façon considérable après chaque examen.

L'urine a le plus souvent une coloration uniforme, variant du rouge noirâtre au brun. En général, la colo-

ration est aussi forte au commencement, au milieu et à la fin de la miction. L'hématurie est totale.

Avec le sang mélangé à l'urine, le malade expulse des caillots, de forme variable : les uns courts et déchiquetés, les autres vermiformes (obs. VII), rappelant plus ou moins la forme de sangsues ou celle de ficelles, ayant jusqu'à une longueur de 17 à 18 cm., ou même de 22 cm. (Guillet).

Ces caillots peuvent déterminer de la rétention d'urine, et, dans une de nos observations, nous voyons qu'il a été nécessaire de sonder le malade. Leur présence dans la vessie détermine parfois du ténesme et des douleurs sur le trajet de l'uretère, douleurs que calme leur expulsion.

La durée de chaque attaque est très variable, elle ne dépasse pas 5 à 6 jours, plus souvent la durée est moindre. Souvent dans le sarcome, on ne note qu'une seule hématurie.

Les attaques se répètent à intervalles généralement longs. Mais dans nos observations nous trouvons de grandes variétés sur ce point : l'intervalle a été tantôt de quelques semaines, tantôt de quelques mois, parfois de plusieurs années. Il est des malades qui n'ont eu qu'une ou deux attaques, alors que les phénomènes douloureux avaient une grande intensité et que la tumeur était facilement reconnaissable.

On observe les mêmes variétés dans la quantité de sang émis. Parfois abondante et unique (obs. V), l'hématurie est plus souvent d'abondance moyenne ou faible, quelquefois elle ne peut être appréciée que par l'examen microscopique.

Douleur. — Les phénomènes douloureux ont, dans le sarcome du rein, une grande importance. J'ai déjà

signalé ceux qui précèdent ou accompagnent l'hématurie. Ils sont souvent le premier symptôme important accusé par le malade.

Les douleurs ont pour siège principal la région lombaire et l'hypocondre correspondant au rein malade. Dans un cas de Rovsing (obs. II), la malade ressentait des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Dans un autre cas du même auteur (obs. V), les accidents débutèrent par l'apparition brusque de violentes douleurs dans les lombes et le bas-ventre. Cette observation nous montre aussi que le siège du maximum de la douleur peut varier; au début il était à gauche, plus tard à droite: la tumeur siégeait à droite.

De la région rénale, les douleurs peuvent irradier vers les régions voisines : vers le thorax (sous forme de névralgies intercostales), vers les membres inférieurs (sous forme de névralgies sciatiques ou de névralgies crurales). Elles irradient surtout sur le trajet de l'uretère, vers la vessie, la symphyse, les bourses ou les grandes lèvres. Elles simulent alors la colique néphrétique. Dans quelques observations réunies à la fin de ce travail, on trouve quelques cas où le diagnostic resta hésitant entre une tumeur solide du rein et des accidents de lithiase rénale. D'autant que des concrétions peuvent se rencontrer dans les urines des malades porteurs d'un sarcome du rein.

Les douleurs surviennent souvent spontanément, comme l'hématurie, qu'elles accompagnent souvent. Les mouvements, les efforts ne semblent pas exercer une influence bien manifeste sur elles. Ce caractère serait important, pour différencier la douleur due aux néoplasmes, de celle due aux calculs rénaux. Malheureusement il n'a

rien d'absolu. Et dans un certain nombre d'observations on retrouve, plus souvent encore que pour l'hématurie, l'influence de la fatigue et des efforts sur la production de la douleur. Chez le malade de Segond (obs. XIV), les douleurs comme l'hématurie apparaissaient sous forme de crises après les locomotions, et disparaissaient par le repos. Dans un cas de Rovsing (obs. IV), les douleurs, non augmentées par la marche, le sont par les efforts. Chez cette malade, on note en outre de fortes douleurs urétrales, dues aux caillots et aux fins graviers que renfermait l'urine. Une autre malade (obs. V) éprouve des douleurs surtout le soir après son travail. Ces douleurs se calment par le séjour au lit.

Signalons encore le ténesme vésical et les douleurs pendant les mictions (obs. VI), une douleur assez vive que les malades accusent parfois dans la région hypogastrique, douleur qui peut être due à une cystite produite par le cathétérisme parfois nécessaire pour vider la vessie après une hématurie, ou bien qui n'est qu'une irradiation de la douleur rénale le long de l'uretère.

La douleur apparaît souvent sous forme de crises, il en est toujours ainsi de celle qui accompagne l'hématurie. Mais la crise douloureuse s'observe aussi en dehors de l'hématurie. Une malade de Rovsing (obs. V), après avoir eu cinq ou six crises douloureuses avec hématurie en une nuit, eut, dans la suite, chaque jour et chaque nuit, une ou deux crises douloureuses sans hématurie.

Ces douleurs sont d'intensité variable. On observe parfois de fortes douleurs lancinantes, suivies d'une hématurie abondante (obs. III). Ces douleurs violentes, suivies d'hématurie, indiquent soit une forte congestion du rein,

soit la présence de caillots ou de concrétions dans les voies d'excrétion. Parfois les douleurs sont vagues. Certains malades, qui au début ont éprouvé des douleurs vives dans la région lombaire, n'éprouvent plus à la fin qu'une vague sensation de gêne dans le ventre. D'autres n'ont jamais éprouvé qu'une certaine pesanteur dans l'une des régions rénales.

La douleur est donc un symptôme très variable. Mais nous voyons qu'il a dans le sarcome du rein une certaine importance : il ne manque presque jamais. Dans près de la moitié de nos observations, il a été la première manifestation de la maladie, soit seul, soit comme phénomène précurseur de l'hématurie. Assez souvent, nous trouvons associés ces deux symptômes : douleur et hématurie ; la crise douloureuse précède, accompagne ou suit l'hématurie.

Tumeur. — La constatation de la tumeur est le signe le plus constant dans les tumeurs du rein.

Dans nos observations de sarcomes du rein, elle a été cinq fois la première manifestation de la maladie. Une femme de 28 ans (obs. X) sentit elle-même dans le côté droit du ventre, au-dessus du ligament de Poupart, dans la profondeur, une tumeur grosse comme le poing. Chez un homme de 42 ans (obs. XV), une grosse tumeur abdominale est apparue, soi-disant à la suite d'un traumatisme. Dans deux cas de Morris (obs. XXXIX et LX), la tumeur est notée comme premier symptôme de la maladie. Il en était encore ainsi dans un cas de Hildebrant (obs. XLII).

Mais le plus souvent, on ne constate la tumeur qu'après l'apparition des symptômes fonctionnels : douleurs, hé-

maturie, troubles de la miction, qui attirent l'attention vers le rein.

Tous les procédés d'exploration sont ici nécessaires pour déceler la présence d'un sarcome du rein le plus tôt possible, alors que la lésion est encore limitée et peut-être encapsulée, ou tout au moins alors qu'elle n'a pas encore franchi la capsule propre du rein.

L'inspection du ventre est d'un faible secours : il faut un néoplasme volumineux et déjà ancien, pour observer une saillie anormale d'une des moitiés de l'abdomen. Dans l'observation XVIII, nous voyons le flanc gauche plus développé que normalement ; la tumeur, sentie à la palpation, avait le volume de deux poings. Dans l'observation XV, la moitié droite du ventre mesurait 49 cm., la moitié gauche 45 cm., il s'agissait d'une grosse tumeur à développement rapide. Dans l'observation XIII, on note une voussure de la région ombilicale gauche.

Le palper est le seul procédé capable de donner des renseignements précis. D'une façon générale, il permet de délimiter assez bien une tumeur allongée, qui se perd sous les côtes.

Le palper renseigne sur le volume de la tumeur : tantôt on sent une tumeur du volume d'un poing (obs. I), ou de deux poings (obs. XVIII) ; tantôt la tumeur est plus étendue et peut occuper tout l'hypocondre (obs. II). Dans l'observation V, la limite antérieure du néoplasme est fournie par la ligne axillaire antérieure ; en bas la tumeur s'étend à 4 cm. au-dessous des côtes, en arrière, elle occupe la région lombaire. La tumeur, sentie à la palpation, peut donner le volume d'une tête d'homme, elle peut dépasser la ligne médiane en dedans (obs. VIII).

La consistance varie d'une tumeur à l'autre : le plus souvent dure, parfois résistante ou mollasse (obs. XVIII). Elle varie aussi suivant les différents points d'une même tumeur (obs. XI).

La surface est rarement lisse, quelquefois assez régulière, sans bosselures manifestes (obs. I et II) ; la tumeur peut conserver la forme générale du rein (obs. IV), d'autres fois, au contraire, on sent une tumeur irrégulière et bosselée.

La palpation est parfois difficile et ne manifeste qu'une plus grande douleur dans l'un des flancs (obs. XXVIII). Parfois l'anesthésie est nécessaire (obs. XXVII) pour explorer la tumeur.

On trouve souvent une certaine mobilité dans les tumeurs de moyen volume. Elle indique que le néoplasme est libre d'adhérences. Mais quand la tumeur a acquis un grand volume, elle repousse les anses intestinales, qui, n'étant plus interposées entre elle et la paroi, rendent la recherche de la mobilité impossible.

En faisant respirer profondément le malade, on reconnaîtra que la tumeur est mobile dans l'inspiration (obs. XXIX).

Par la manœuvre du ballottement rénal, décrite par M. Guyon, on se rend encore mieux compte de tous les caractères physiques de la tumeur. Ce procédé est indispensable pour explorer les tumeurs très petites. Il permet en outre de reconnaître un caractère d'une haute valeur : que la tumeur a le contact lombaire (obs. I), c'est-à-dire que, bien qu'elle soit franchement abdominale, elle touche à la paroi lombaire.

Enfin pour les tumeurs difficiles à explorer, on emploie-

ra le procédé d'ISRAEL : on examine le malade couché sur le côté sain, on l'invite à faire de profondes inspirations. L'auteur a pu ainsi, avec beaucoup de patience et seulement au 3e examen, reconnaître, sur la face antérieure du rein gauche, à deux travers de doigt au-dessus du pôle inférieur, une tumeur du volume d'une grosse cerise (obs. XXXVI).

La percussion permet de préciser les rapports du rein malade avec les organes voisins : la tumeur est mate dans son ensemble. Mais la percussion superficielle indique la place de l'intestin en avant de la tumeur, c'est la zone de sonorité antérieure ; dans les tumeurs du côté droit, la sonorité du côlon ascendant indique que la tumeur est extra-péritonéale. On a observé ainsi une large bande de sonorité tympanique à la surface antérieure de la tumeur (obs. XXX). Une autre fois, la tumeur, franchement mate, est entourée sur tout son pourtour d'une zone de sonorité (obs. XIII). C'est ce qui arrive lorsque la tumeur, volumineuse, déprime en avant les anses intestinales. Parfois l'insufflation est nécessaire pour révéler la place du côlon (obs. X).

A droite, la percussion permet de distinguer la tumeur du foie. En voici un exemple (obs. XV) : la matité hépatique s'étend du quatrième espace intercostal droit à un doigt au-dessus du rebord costal, puis on trouve une étroite bande de sonorité tympanique, au-dessous il existe une matité absolue, dépassant à gauche d'une main la ligne médiane.

A gauche, la percussion permet, comme on le voit dans l'observation XVIII, de distinguer la tumeur rénale d'une lésion de la rate : à un premier examen, toute la

région rénale est plus mate à gauche qu'à droite. Cette matité se distingue de celle de la rate par la percussion profonde; elle va jusqu'à l'os iliaque. La matité de la rate est superposée à celle du rein, mais son extrémité antérieure ne va pas jusqu'à la ligne axillaire antérieure, tandis que celle du rein s'avance en avant. A un second examen, la percussion du flanc gauche montre que la rate occupe sa place normale, que son extrémité antérieure s'arrête sur la ligne axillaire moyenne. La matité du rein, qui se continue dans sa partie supérieure avec celle de la rate, se prolonge vers l'ombilic jusqu'à 4 centimètres de la ligne médiane.

Modifications de l'urine. — Ordinairement on n'observe pas de changements importants. Parfois cependant on rencontre de l'albumine, due sans doute à la néphrite qui accompagne quelquefois les tumeurs du rein. Certains auteurs ont signalé la diminution de l'urée. Albarran ne l'a point rencontrée en dehors de la période de cachexie. Sa recherche a néanmoins une grande importance, car elle renseigne sur le fonctionnement de l'autre rein.

La quantité d'urine n'est pas sensiblement modifiée.

L'examen microscopique de l'urine peut présenter, d'après Rovsing, une réelle importance. Cet auteur a rencontré (obs. III) des cellules rondes, très abondantes, nucléées, quelques-unes de grosseur remarquable.

Dans un autre cas du même auteur (obs. XII), l'urine renfermait continuellement un dépôt gris sombre très particulier de masses molles, qui ressemblaient à du fromage dissocié, et cela malgré des lavages quotidiens de la vessie et sans apparition d'une hémorragie récente. Au microscope, ces masses se montrèrent composées, par-

tie de globules rouges du sang, partie de cellules plus ou moins fusiformes, et de quelques cellules rondes ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Une autre fois (obs. XX), après centrifugation, on trouva des cellules fusiformes.

Ces éléments cellulaires, fortement nucléés, ressemblent à ceux que l'on trouve dans les sarcomes. Leur présence dans l'urine a donc une certaine importance.

Enfin signalons la présence de concrétions analogues à celles qu'on trouve dans la tumeur (obs. III).

Il faut encore rappeler ici l'existence fréquente d'hématuries microscopiques, et la présence, plus rare, mais toujours importante de cylindres hématiques, qui reproduisent le moule des canalicules rénaux.

Phénomènes de compression. — Le varicocèle symptomatique décrit par M. Guyon n'est pas signalé dans nos observations. Mais il doit sans doute exister dans certains sarcomes du rein. Son absence tient probablement à ce qu'il n'a point été recherché par les auteurs.

On peut observer des phénomènes d'obstruction intestinale (obs. XIX).

Dans un cas de Rovsing (obs. II), il existait de l'œdème au-dessus du cou-de-pied droit.

Phénomènes généraux. — On sait que les tumeurs malignes du rein peuvent évoluer pendant longtemps, sans altérer la santé d'une façon notable. Cela est surtout vrai pour le sarcome.

Les fonctions digestives restent souvent intactes, jusqu'à une période avancée de la maladie.

Cependant les hématuries répétées finissent par affaiblir le malade, qui maigrit, pâlit et prend un teint terreux,

qui n'est pas la teinte jaune paille des cancéreux. Parfois on observe la coloration bronzée de la maladie d'Addison.

Plus tard surviennent l'anorexie complète, une grande faiblesse et une émaciation extrême.

L'élévation de la température avec état fébrile, signalée par ISRAEL dans les néoplasmes du rein, se rencontre quelquefois dans le sarcome du rein. Une malade de ROVSING (obs. III) avait constamment le soir entre 38°6 et 39°, mais le matin la température redevenait normale. On retrouve de la fièvre dans les deux observations suivantes (IV et V) du même auteur. Ces phénomènes rentrent dans le cadre de la fièvre des néoplasmes, étudiée par ESMARCH et VERNEUIL.

MARCHE. — L'évolution du sarcome du rein est plus lente que celle du cancer.

L'affection ne se révèle souvent par ses signes habituels qu'à une période déjà avancée, alors que la tumeur a acquis un volume important.

Même alors, elle peut rester longtemps stationnaire. C'est ainsi que ASKANAZY (obs. XLV) rapporte l'histoire d'un malade, qui, à 20 ans, présenta les symptômes d'une tumeur rénale ; le néoplasme demeura ensuite de longues années sans donner lieu à aucun phénomène, et ce fut à 43 ans que les symptômes (hématurie, tumeur) reparurent.

D'après GUILLET, la durée moyenne du sarcome chez l'adulte serait de cinq à six ans.

II. — FIBROME, LIPOME

Au point de vue clinique, ce sont des tumeurs bénignes. Le lipome n'est qu'une trouvaille d'autopsie, il évo-

lue sans donner lieu à aucun symptôme. Le fibrome, assez rare, comparé aux autres tumeurs du rein, n'a rien de bien spécial, sauf la rareté des hématuries. Dans les 10 cas réunis par Brodeur, on ne mentionne qu'une seule fois l'hématurie, c'est le cas de Billroth, il s'agissait d'un fibro-myome.

D'après Brodeur, on rencontre assez fréquemment des douleurs très vives, ressemblant aux coliques néphrétiques.

La malade de Claus avait senti dans le ventre un déplacement, qui se manifestait surtout dans les profondes inspirations et dans les mouvements un peu rapides. La défécation et la miction restaient normales (obs. LI).

Dans un cas de Langenbuch, une femme de 32 ans se plaignait depuis un an et demi de douleurs sourdes dans l'hypocondre droit (obs. LII).

La malade de Billroth (obs. LIII) présentait seulement un peu de dyspnée. Celle de G. Thomas (obs. LIV) éprouvait des douleurs vives.

La tumeur, par son volume, peut comprimer les organes environnants, les déplacer et produire ainsi des désordres propres à chaque cas particulier. Dans le cas de Bruntzel (obs. L), la tumeur n'était pas douloureuse au début. Cinq ans plus tard, elle avait acquis un volume énorme et remplissait tout l'abdomen, la patiente était de plus en plus gênée. Le pied gauche était le siège de douleurs intenses, qui irradiaient du côté gauche de la tumeur vers le membre inférieur gauche. Le volume de la tumeur gênait la malade dans chaque mouvement et chaque mouvement provoquait des douleurs intenses.

Les signes physiques ne présentent rien de particulier.

Ils varient beaucoup suivant le volume de la tumeur. Parfois le ventre est augmenté de volume (obs. LI).

La palpation permet de déceler les caractères de la tumeur : dans le cas de Langenbuch (obs. LII), on sentait une tumeur dure, légèrement mobile, mesurant 6 à 8 c. dans son plus grand diamètre. Parfois on sent une fluctuation plus ou moins nette, due aux cavités kystiques, ou, comme dans le cas de Bruntzel (obs. L), à la forte quantité de tissu conjonctif lâche et graisseux mélangé au tissu fibreux.

La percussion permet de reconnaître la place des anses intestinales (obs. L). Dans le cas de Billroth (obs. LIII), il y avait de la matité dans la plus grande partie de l'abdomen, elle se confondait en haut avec celles du foie et de la rate.

Ces tumeurs peuvent, par leur volume excessif et par leur siège en dehors de la région rénale, en imposer pour des tumeurs de l'ovaire.

Dans le cas de Claus (obs. LI), on percevait au milieu du ventre une tumeur globuleuse, qui montrait une fluctuation évidente, et qu'on pouvait facilement faire glisser sous la paroi. La matrice était fortement rétroversée, mais ne donnait point attache à la tumeur, que l'on sentait dans le cul-de-sac vaginal, en avant de la matrice. On fit le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire. Il s'agissait d'un fibrome kystique du rein droit.

Dans le cas de G. Thomas (obs. LIV), on sentait dans l'abdomen une tumeur du volume d'un utérus au 8me mois de la grossesse, mobile sur la ligne médiane et d'une fluctuation peu nette. On diagnostiqua une tumeur de l'ovaire. Il s'agissait d'un fibrome kystique du rein.

L'état général n'est point altéré. Il faut une tumeur aussi volumineuse que celle de Bruntzel (obs. L), pour produire l'amaigrissement et les troubles digestifs graves.

En résumé : ni hématurie, ni amaigrissement, ni cachexie. Douleurs le plus souvent vagues.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement.

Le pronostic des tumeurs conjonctives du rein dépend de la nature même du néoplasme.

Le sarcome a une gravité presque aussi grande que l'épithéliome. Comme lui, il a une marche fatale.

Sans doute, nous l'avons vu, cette marche est plus lente. Mais souvent aussi les premiers symptômes, capables de permettre un diagnostic ferme, apparaissent tardivement. Et quand on intervient, on se trouve en présence d'une tumeur déjà ancienne, qui semble encore bien limitée au rein et parfois même à une portion seulement de l'organe ; mais qui cependant a déjà envoyé des noyaux métastatiques en différents points de l'organisme. Et quelques mois ou seulement quelques semaines après l'opération, des phénomènes de métastase apparaissent dans différents organes.

Une malade de Max Jordan (obs. XXVII) mourut de métastase, trois mois et demi après l'opération.

Dans certains cas, les phénomènes de récidives se produisent avec une précocité et une intensité remarquables. C'est ainsi que, dans un autre cas de Max Jordan (obs. XXVIII), apparut, quelques jours après l'opération, une lésion métastatique dans l'œil droit, puis la généralisation évolua sous forme de noyaux cutanés des seins, plus tard des noyaux semblables apparurent aux extrémités inférieures, et en quelques semaines le tronc et les membres furent complètement recouverts de noyaux néoplasiques. Enfin

des métastases apparurent dans le foie et dans l'os frontal. Le malade mourut 5 mois après l'opération.

Chez un autre malade du même auteur (obs. XIX), les phénomènes métastatiques dans les poumons, le foie et la rate déterminèrent la mort 3 mois après l'opération.

Cependant, nous l'avons vu, la généralisation est assez tardive dans le sarcome du rein. Aussi, à côté de ces faits, il en est d'autres plus heureux, où la tumeur, saisie assez près du début de son évolution, a pu être enlevée sans récidives.

Quant au fibrome et au lipome, nous avons vu qu'ils restaient dans le cadre des tumeurs bénignes. Le lipome n'est qu'une trouvaille d'autopsie, il ne détermine aucun accident. Le fibrome, par son volume, peut entraîner des désordres graves du côté de la santé générale, il peut, en comprimant l'intestin, entraver la nutrition du sujet. Mais son extirpation est toujours couronnée de succès.

Il n'en est pas toujours ainsi malheureusement pour le sarcome. Aussi pour intervenir dans les meilleures conditions, il faudra opérer le plus tôt possible.

La néphrectomie précoce et totale est la seule chance de succès dans le sarcome du rein. Après les travaux de Guillet, de Chevalier et de Héresco, je n'ai point à insister sur cette question.

Je dirai seulement que la néphrectomie pour sarcome donne plus de succès que celle que l'on fait dans le carcinome. Il ne faut pas oublier que le sarcome du rein reste longtemps une lésion très limitée, parfois même encapsulée, tandis que le carcinome est plus diffus.

Aussi, devra-t-on se rapprocher autant que possible du début de la lésion. Pour cela, il est nécessaire de rechercher avec soin tous les signes capables de déceler

une tumeur rénale encore peu volumineuse. L'exploration physique de la tumeur, telle que l'a enseignée M. le professeur Guyon, sera ici d'un grand secours.

Rappelons encore qu'il sera nécessaire, comme dans toute néphrectomie, de s'assurer au préalable du bon fonctionnement du rein opposé. Le cathétérisme des deux uretères, en permettant de recueillir l'urine des deux reins, donnera sur ce point tous les renseignements demandés.

Enfin, dans certains cas douteux, l'incision exploratrice par la voie lombaire pourra renseigner sur l'état des reins. Elle sera suivie de l'ablation du rein malade.

La néphrectomie partielle, qui, dans le carcinome, donne des résultats déplorables, pourrait s'appliquer dans quelques cas de sarcomes très limités ou encapsulés. M. Albarran l'a pratiquée une fois avec succès (obs. VI). Elle trouverait surtout son indication dans les cas où le fonctionnement du rein opposé ne semble pas capable de suppléer celui du rein malade.

Mais l'ablation totale du rein et des tissus voisins, parfois suspects, reste l'opération de choix, en évitant d'ouvrir la tumeur, dont le contenu, en se répandant sur la plaie, peut devenir, comme nous l'avons vu, le point de départ de récidives locales.

Enfin, certains fibromes, qui enveloppent le rein et laissent son parenchyme intact, seraient justiciables d'une énucléation qui respectât le rein.

Je termine ce chapitre par ces quelques mots, empruntés à la thèse de Brodeur : si la statistique des néphrectomies pour carcinome du rein est déplorable, celle des néphrectomies pour sarcome est encourageante, et celle des néphrectomies pour tumeurs fibreuses est vraiment consolante.

CONCLUSIONS

1° La néoplasie conjonctive embryonnaire est représentée dans le rein par le sarcome : tantôt on trouve le sarcome globo-cellulaire, tantôt le sarcome fuso-cellulaire ; assez souvent les deux éléments sont réunis en proportion variable, enfin quelquefois on observe du myxosarcome.

Au point de vue de sa structure, on note parfois un grand développement de la trame conjonctive, pouvant aller jusqu'au fibro-sarcome.

L'élément vasculaire est souvent très développé, d'où la fréquence et le volume des kystes sanguins.

On trouve quelquefois des fibres musculaires lisses qui n'ont aucune importance, au point de vue de la valeur histologique du néoplasme.

2° La néoplasie conjonctive adulte est représentée dans le rein par le fibrome et le lipome.

3° Les tumeurs conjonctives du rein prennent naissance dans le tissu conjonctif interstitiel de l'organe, principalement dans la région voisine du hile, sous la capsule ou dans la capsule fibreuse elle-même.

D'autres naissent de la capsule surrénale ou de noyaux aberrants de la capsule surrénale.

4° Ces tumeurs sont souvent très limitées, elles sont

parfois encapsulées. Elles restent longtemps limitées au rein lui-même.

Elles envahissent de préférence les vaisseaux du hile, le bassinet et l'uretère, les ganglions du hile, puis les ganglions lombaires.

A la longue, et alors même qu'elles n'ont point envahi les organes voisins, elles peuvent se généraliser par des noyaux métastatiques, dans les plèvres, les poumons, le foie, la rate, les organes abdominaux et parfois dans les os.

5° Au point de vue clinique, le sarcome présente les grands symptômes qui caractérisent les tumeurs malignes du rein en général.

On note l'association fréquente de l'hématurie et de la douleur, sous forme de crises influencées par la fatigue et les mouvements, plus souvent que dans le carcinome.

De plus leur évolution plus lente les rapproche davantage des tumeurs bénignes.

6° Les fibromes n'ont pas de symptômes propres. Ils sont seulement caractérisés par les signes physiques d'une tumeur rénale et par les phénomènes de compression, que peut déterminer leur volume, parfois considérable. Ils évoluent comme des tumeurs bénignes.

7° Le lipome n'a pas d'histoire clinique.

8° Le traitement de toutes ces tumeurs consiste dans la néphrectomie totale ou partielle.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

Vu : *Le Président de Thèse,*
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

OBSERVATIONS

Observation I. — Sarcome du rein gauche. — Néphrectomie. — (*Guérison.*)

Voir la description au chapitre premier.

Observation II. — Sarcome du rein droit et de la capsule surrénale.

Dr Thorkild Rovsing, Privatdocent für Chirurgie in Kopenhagen. — In *Arch. de Langenbeck*, 1894. — Division C. — Friederichshopital.)

Antécédents. — Marie R..., 45 ans, mariée avec un artisan, entrée le 11 décembre 1890, morte le 16 décembre 1890.

Aucune disposition familiale pour les tumeurs. La malade a toujours été bien portante jusqu'à la maladie actuelle.

A eu 8 grossesses, la dernière il y a 5 ans.

Il y a 6 mois, survinrent les premiers symptômes de la maladie. Elle se sentit fatiguée, déprimée, et remarqua un gonflement œdémateux au-dessus du cou-de-pied droit, lequel gonflement disparut plus tard. Il y a 4 mois, douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Depuis 1 mois, son médecin a constaté la présence d'une tumeur dans cette région. Jamais d'hématurie.

Examen. — Elle était à son entrée, maigre, de teint cachectique. L'abdomen était un peu ballonné. On perçut par le palper une tumeur occupant tout l'hypocondre droit. Cette tumeur paraissait provenir de la région du rein, et se laissait saisir et mouvoir par le palper bimanuel. La consistance est dure, solide, sans bosselures manifestes. La tumeur n'a pas de pulsations.

L'urine ne présente ni sang, ni sucre, ni albumine. A l'examen microscopique, on ne trouve aucune cellule.

12 décembre. — Température entre 37°3 et 38°. Diurèse : 250 gr. Densité : 1021.

15 décembre. — Température entre 37°3 et 38°3. Diurèse : 440 gr. Densité : 1020.

La tumeur présente un ballottement des plus nets. A l'exploration recto-vaginale, rien d'anormal.

17 déc.— Température : 37°6 et 38°3. Diurèse : 450 gr. Densité : 1020.

Opération. — Chloroforme. Incision lombaire habituelle, parallèle à la 12e côte, complétée par une incision verticale dirigée en bas.

Libération de la tumeur, très difficile à cause des adhérences.

. . . .

Mort par collapsus, 5 ou 6 heures après l'opération.

Autopsie. — Dégénérescence adipeuse du myocarde, pas de métastases.

Tumeur ovale, dimensions : 22, 12 et 9. On remarque que le point de départ de la tumeur est dans la capsule surrénale, et que de là elle a envahi le tissu propre du rein. La tumeur comprend ainsi deux parties, reliées l'une à l'autre par une portion étroite.

La capsule surrénale est entièrement transformée en tissu néoplasique, ainsi que la moitié supérieure du rein. Par contre, la moitié inférieure se compose de tissu rénal d'aspect normal, parsemé çà et là d'îlots néoplasiques.

Dans le tissu de la tumeur, on trouve des parties caséeuses, mais aucune concrétion calcaire.

L'examen microscopique montre que la tumeur est du sarcome, avec çà et là des traînées de cellules fusiformes et, pour le reste, des cellules de moyenne grandeur, un peu irrégulières, avec des prolongements multiples.

Observation III. — Sarcome du rein gauche et de la capsule surrénale.

(Rovsing, Friederichsopital.)

O..., 33 ans, commis, célibataire. Entré le 4 nov. 1889, sorti le 8 déc. 1889. Aucune hérédité pathologique.

Il a dû, comme commis-voyageur en Suède, abuser des spiritueux. Sa maladie a commencé, il y a 13 mois, sans cause appréciable, par une hématurie ; le sang était complètement mélangé à l'urine. Puis survinrent des envies fréquentes d'uriner et un malaise général, mais aucune douleur dans la région lombaire, ou pendant la miction jusqu'à il y a 8 mois, où, tout à coup, il a ressenti de fortes douleurs lancinantes dans la région du rein droit, et il a rendu 200 cmc.

de sang de coloration foncée. Plus tard deux accès semblables, qui nécessitèrent le cathétérisme.

Le malade s'affaiblissait, souffrait d'une anhélation progressive et d'une toux gênante avec expectoration modérée. Il perdit notablement de son poids.

Pendant cette période, il fut traité par un spécialiste des maladies de poitrine, lequel porta le diagnostic de phtisie.

Il y a un mois et demi, il fut admis dans un service de médecine, il y avait alors de l'obscurité au sommet des poumons. Il rendait toujours, de temps à autre, du sang mélangé à l'urine, et une seule fois une petite concrétion de carbonate de chaux.

On fit ensuite, dans la division de médecine, un examen sous le chloroforme, qui donna le résultat suivant : on ne trouva ni rein chirurgical, ni tumeur; la vessie ne renferme aucune concrétion. Mais le malade ayant rendu un caillot, qui reproduisait exactement la forme du bassinet et des calices, il fut envoyé en chirurgie, sous le diagnostic néphro-lithiase.

A son entrée, malade maigre, lèvres décolorées, teint cachectique.

La recherche du ballottement, dans la région du rein gauche, donne la sensation manifeste d'un rein de consistance dure. A l'examen de l'urine, d'ailleurs stérile, cellules rondes très abondantes, nucléées; parmi lesquelles, quelques-unes de grosseur remarquable, avec un gros noyau; pas de cristaux, ni cylindres, ni cellules épithéliales, pas de bacilles de Koch.

Le malade avait constamment, le soir, entre 38°6 et 39°. Mais le matin la température redevenait normale.

Après des examens répétés, on constata une augmentation de volume du rein gauche. On proposa alors l'opération au malade, en lui parlant de calcul rénal, tandis qu'en réalité le diagnostic était tout à fait incertain.

Opération. — Sous la narcose chloroforme-éther, le chirurgien Block fait le 10 novembre, une incision de 8 à 10 cm., à un doigt au-dessous de la 12e côte et parallèle à celle-ci. Le tissu périrénal est lâche, il suit la respiration, est facilement écarté du rein, qui apparaît avec une couleur bleuâtre. Le palper ne dénote aucun calcul, mais un état légèrement bosselé. Une incision libératrice verticale est alors tracée à partir du milieu de la première incision. Le rein, hypertrophié à sa partie supérieure, présente des adhérences avec la

capsule. Trois ponctions, en différents points de la convexité, ne dénotent aucun calcul.

La libération des adhérences est difficile à la partie supérieure, on parvient cependant à isoler la totalité de l'organe et à l'enlever. La veine rénale se montre thrombosée par le néoplasme, on enlève également la partie de la veine envahie par le néoplasme. Tamponnement à la gaze, suture partielle, etc.

Le rein enlevé pèse 575 gr. Dimensions : 15, 7 1/2 et 11. L'examen extemporané montre la moitié inférieure libre de néoplasme (celle que l'on percevait par le palper). La partie supérieure présente, à la surface d'une coupe, des masses néoplasiques, proéminentes, molles, diffluentes, tantôt jaune d'ocre, tantôt finement marbrées, tantôt rouge violacé, ces derniers points répondant à des épanchements hémorragiques récents. En d'autres points, on trouve des caillots de sang diffluents et, en quelques endroits, de petites masses pierreuses, gris jaunâtre, de la grosseur de la concrétion de carbonate de chaux, rendue antérieurement par le malade.

Examen microscopique (vésuvine et hématoxyline) : sarcome globo-cellulaire, à cellules analogues à celles rencontrées dans l'urine du 5 novembre.

Une grosse partie de la tumeur est graisseuse et a subi partiellement la dégénérescence calcaire. On y voit de gros amas de cristaux calcaires.

Les coupes sont prises à la limite entre le tissu néoplasique très bien délimité macroscopiquement et le tissu rénal. Mais au microscope, il se fait un passage insensible d'un tissu à l'autre. On voit en effet des amas et des traînées de cellules rondes s'insinuer entre les canaux et les glomérules du rein.

Le sarcome paraît provenir de la capsule surrénale, qui est aussi dégénérée en sarcome et intimement adhérente au rein, le tissu néoplasique passant directement d'un organe à l'autre.

Suites opératoires. — Elles sont simples. Le malade sort guéri le 7 décembre. Il retrouve bientôt son aspect habituel, ses forces, si bien qu'il reprend ses occupations antérieures.

Récidive. — Je le vois de temps en temps, pendant les 3 années suivantes, toujours bien portant. Et déjà, je comptais sur une guérison définitive, lorsqu'il revint en octobre 1892, se plaignant d'une violente douleur sciatique du côté gauche.

A ma grande surprise, son aspect était complètement changé, les

traits du visage tirés et la coloration de la peau cachectique. On ne percevait alors aucune tumeur manifeste. Mais dans les trois semaines suivantes, on perçut une tumeur dans la région lombaire gauche. Le malade fut encore une fois placé dans le service C, où le chirurgien principal Block essaya d'enlever la tumeur. Mais cela fut impossible, les masses sarcomateuses avaient infiltré les parties molles et envahi déjà la portion lombaire de la colonne vertébrale.

Il fut renvoyé chez lui, le 12 décembre, la masse sarcomateuse bourgeonnant dans la plaie même. Survinrent de la paraplégie, de la sarcomatose pulmonaire et, après de grandes souffrances, le malade mourut, le 30 janvier 1893.

Observation IV. — Sarcome du rein droit et de la capsule surrénale.

(Rovsing. — Division C. — Friederichshôpital.)

Laura-Marie-Elise S..., 45 ans, fille. Entrée le 31 janvier 1890, morte le 7 février 1890.

Rien ne peut être noté comme disposition familiale à la lithiase. A 22 ans, elle a eu deux hématémèses avec cardialgie. Il y a 2 ans, catarrhe intestinal chronique, avec douleur et diarrhée.

Il y a environ 3 ans, elle ressentit tout à coup de violentes douleurs dans les lombes et le bas-ventre. Du sang apparut dans l'urine à différentes reprises, le premier accès dura 4 semaines. Depuis lors, accès semblables, d'une durée de quelques jours à 1 mois, séparés par des intervalles de bonne santé d'une durée égale.

Les douleurs s'irradiaient en bas vers la symphyse, en se prolongeant jusqu'à la vessie. Les douleurs ne sont pas augmentées par la marche, mais elles le sont par les efforts. Dans les premiers temps, elles étaient plus fortes à gauche. Maintenant leur maximum est à droite. Mictions fréquentes, environ toutes les heures, s'accompagnant de fortes douleurs urétrales. L'urine a, pendant les accès et après ceux-ci, renfermé du sang, tantôt mélangé d'une façon diffuse à l'urine, tantôt sous forme de filaments analogues à des vers. Fréquemment on trouve de fins graviers et jamais de pierres volumineuses. Par moments, l'urine peut être tout à fait claire.

Le dernier accès a duré plus de 3 mois; le sang se montra seulement en petite quantité, en abondance au contraire le dernier mois.

Dans les derniers temps, douleurs diffuses dans le bas-ventre et

dans la région lombaire. La malade est passablement affaiblie et traitée par l'eau de Vichy.

Le premier accès survint il y a 3 ans, après une promenade, et fut accompagné de vomissements.

La malade n'est pas maigre, elle a un aspect puissant, le visage est cependant congestif. Pouls : 104.

Par l'examen bimanuel, à la place du rein droit, on sent une tumeur considérable et présentant la forme du rein. Claire à la percussion en avant. Du côté gauche, rien de semblable.

1er février. — Température (37°8—38°1). Quantité d'urine : 1000 gr.; densité : 1017. L'urine renferme du sang, ressemblant à du sang veineux avec caillots moux, vermiformes.

4 février. — Cystoscope, aucune compression ; l'urine, claire, ne renferme pas de sang.

Dans l'urine rouge, laissée au repos depuis la veille, on trouve un caillot, long de 5 centimètres, qui reproduit le moule d'une partie du bassinet.

Examen microscopique. — Grande quantité de globules rouges, moins de globules blancs, quelques cellules épithéliales du rein et quelques cylindres.

Comme cristaux, on trouve quelques amas de cristaux d'acide urique, de grandes quantités d'urates amorphes. Pas de microbes.

5 février. — La région lombaire gauche est aussi douloureuse que la droite; urine : 805, densité : 1022.

Opération. — *6 février.* — Le chirurgien Block, sous la narcose éther-chloroforme, fait la néphrectomie par incision lombaire. Le rein, très augmenté de volume, présente des adhérences telles à sa partie supérieure que, dans les essais de libération, on pénètre dans son parenchyme. Une hémorragie grave en est la conséquence, et fait suspendre quelques instants la narcose, par crainte de collapsus. Au bout de 25 minutes, on amène le rein au dehors, et on place une ligature sur le pédicule. Section de ce pédicule : la ligature glisse et une hémorragie abondante se produit de nouveau. Le pédicule est saisi avec 2 doigts, 2 longues pinces de Péan l'étreignent et sont laissées à demeure.

Irrigation avec une solution phéniquée à 3 0/0, tamponnement à la gaze iodoformée, rapprochement partiel des bords cutanés.

Le rein enlevé mesure 20 cm. de long et 6 à 8 de large. La coupe longitudinale montre un tissu ramolli et des masses caséeuses. Dans

les calices et le bassinet, on trouve un caillot très adhérent. La surface extérieure est ici et là fortement bosselée. Les parties qui font saillie sont formées par du tissu ramolli.

Sur une coupe, la tumeur se montre composée de 2 parties : l'une supérieure, plus petite (environ le 1/4 de la masse totale), qui a la forme connue de la capsule surrénale, mais 20 fois plus grosse que la capsule surrénale normale; l'autre inférieure, plus volumineuse, correspond au rein. Ces deux parties sont rattachées l'une à l'autre par un cordon central épais de tissu néoplasique. Tandis qu'à la périphérie elles sont réunies par du tissu conjonctif lâche, ce qui est le mode d'union habituel de la capsule surrénale avec le rein.

La capsule surrénale et les 2/3 supérieurs du rein comprennent exclusivement du tissu néoplasique. Le 1/3 inférieur montre encore une capsule et du parenchyme normal, autour des masses néoplasiques.

Le bassinet est totalement rempli par le néoplasme ; celui-ci est partout d'une coloration rouge jaunâtre, sombre, avec des parties blanches ramollies. Cà et là on remarque des cavités kystiques, renfermant un coagulum noirâtre : on ne trouve pas de parties calcaires ou autres concrétions.

On a l'impression que la maladie a débuté dans la capsule surrénale.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules fusiformes, çà et là sont des amas de grandes cellules rondes, çà et là aussi on trouve des glomérules, mais pas de canaux urinifères, sauf cependant dans la partie inférieure normale du rein.

Suites opératoires. — *7 février.* — 38°7-39°1. On remonte la malade par une potion de Todd et une mixture camphrée. Le pansement fortement imbibé de sang est laissé en place. Malaise, éructations, aucune issue de gaz, pouls fréquent, voix et facies non altérés.

8 février. — 39°4. Malaise augmente, vomissements fréquents, cependant pas de collapsus. Le soir tout à coup un vomissement fréquent se produit, les voies respiratoires sont obstruées et la malade succombe en une demi-minute.

Diagnostic d'autopsie. — Sarcomatose de la plèvre et des poumons. Le contenu de l'estomac a été aspiré dans la trachée et les bronches. Dégénérescence adipeuse du cœur.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules fusiformes.

Observation V. — Sarcome du rein droit.

(Rovsing. — Division C. — Friederichshôpital).

Anne Catherine N..., mariée avec un professeur, 42 ans.

Entrée 20 mai 1892, morte 27 mai 1892.

Antécédents. — Disposition familiale à la tuberculose. Une sœur de la malade a été opérée d'un cancer du sein.

Bien portante pendant l'enfance. A accouché 2 fois, il y a 14 ans et il y a 12 ans. Fièvre typhoïde, il y a 22 ans. Fièvre rhumatismale à 12 ans.

Dans les 2 dernières années, de temps à autre, a eu des douleurs dans la région lombaire droite, surtout après son travail, le soir. Ces douleurs se calment par le séjour au lit.

L'urine était constamment normale jusqu'en décembre 91, où tout à coup survinrent de violentes douleurs au niveau de la région lombaire droite avec irradiations à la face postérieure de la cuisse et dans la grande lèvre. Quelques jours plus tard, elle fut prise d'un fort ténesme vésical, suivi d'une abondante hématurie, qui affaiblit notablement la malade.

La première nuit, elle eut 5 à 6 crises douloureuses, le jour suivant autant, puis elles diminuèrent progressivement d'intensité.

Pas d'œdème, aucune émission de pierres ou de graviers. Opium, séjour au lit.

Après cette fois, elle avait eu chaque jour et chaque nuit 1 ou 2 crises douloureuses. Le sommeil nocturne devint très mauvais. Elle ne remarqua pas, dans la suite, de sang, ni de pierres ou de gravelle dans l'urine. Jamais d'œdème.

Quantité d'urine normale.

Dans les 3 dernières semaines, les douleurs ont augmenté. Elle est devenue épuisée et a été contrainte de s'aliter. L'appétit, bon jusque-là, a diminué. Elle s'est légèrement amaigrie.

Examen. — Femme maigre, d'aspect un peu cachectique. Sous le rebord costal droit, on sent une tumeur : sa limite en avant est fournie par la ligne axillaire antérieure, elle s'étend au-dessous des côtes d'environ 4 cm. et en arrière occupe la région lombaire. Sa surface est bosselée, de consistance dure, cartilagineuse. Elle est

très douloureuse à la pression. Elle participe aux mouvements respiratoires. Elle donne la sensation de ballottement.

Température : 38°2.

Urine acide, ne renferme ni sucre, ni albumine. Un peu d'urine est prélevé aseptiquement et ensemencé sur agar-gélatine.

Au microscope, on trouve quelques cellules épithéliales pavimenteuses et quelques leucocytes, de nombreux cristaux d'acide urique et oxalique. Par le repos, il se forme un abondant dépôt d'urates.

La diurèse est très faible, de 200 à 600 cmc. en 24 heures. Les douleurs constamment fortes doivent être calmées par la morphine. L'urine a continuellement une forte teneur en urates.

Diagnostic. — Affection rénale (tumeur ou calcul).

Opération.— Le 27, sous la narcose chloroforme-éther, on trace à la façon habituelle à Morris une incision lombaire oblique. On arrive au rein, qui donne l'impression d'une dégénérescence sarcomateuse. On fait 2 ponctions avec le trocart aspirateur de Dieulafoy, qui ne ramène aucun liquide et ne heurte aucun calcul.

Une incision libératrice verticale est faite le long de la masse sacro-lombaire. On se met en devoir de libérer prudemment les adhérences. Ces adhérences consistent en membranes et filaments sans grande résistance. Il faut cependant travailler assez péniblement pour en venir à bout. C'est au bout de 17 minutes que l'on réussit à amener au dehors la tumeur en totalité, moins quelques débris de capsule. Le pédicule est lié, mais comme on trouve à ce niveau du tissu néoplasique, on est obligé de porter plus loin la ligature. Une forte hémorragie veineuse survient, qui nécessite un tamponnement hâtif à la gaze iodoformée. Ligatures superficielles, puis ligatures profondes. L'écoulement sanguin est encore abondant, mais cependant pas trop considérable. Pansement à la gaze phéniquée stérile.

La malade est assez abattue par l'opération. Les masses néoplasiques enlevées pèsent 490 gr. Elles mesurent 20 cm. de long, 10 à 12 cm. de large. Une coupe montre un sarcome dur avec très peu de tissu rénal persistant. En quelques points, le tissu de la tumeur crie sous le scalpel. D'autres points sont ramollis.

La malade mourut très doucement après l'opération.

Examen microscopique de la tumeur (réfrigération et coloration à la vésuvine). — Sarcome à cellules fusiformes avec quelques amas de cellules rondes.

Autopsie. — Rein gauche volumineux, mesurant 12 cm. de long, 6 cm. de large, 4 cm. d'épaisseur.

La substance corticale paraissait assez hypertrophiée. D'ailleurs, il existe une sarcomatose universelle : dans le grand épiploon, il existe une grosse tumeur sarcomateuse, et beaucoup de petites sur tout le péritoine; les deux ovaires sont dégénérés, il existe des nodosités dans l'utérus. Les deux plèvres sont également parsemées de petits nodules sarcomateux.

Observation VI. — Sarcomatose des deux reins

(Rovsing. — Division C. — Friederichshôpital)

Fred. B..., 65 ans, entré le 10 juillet 1892, sorti le 11 août 1892.

L'oncle du malade avait souffert de coliques néphrétiques. D'ailleurs aucune disposition pathologique dans la famille.

Le malade a été constamment bien portant jusqu'à il y a 4 ans 1/2, époque où il eut une hématurie avec douleurs rénales, sous forme de coliques. Il demeura alors quelques jours dans le service B. Dans la suite, il eut de temps à autres des hématuries et des tiraillements dans la région lombaire. Ces accès étaient séparés par des intervalles de bonne santé, d'une durée de quelques semaines ou quelques mois, à une demi-année.

Jamais on ne remarqua dans l'urine, ni gravelle, ni calculs. Pas d'amaigrissement.

Depuis 3 semaines; son état s'aggrava d'une façon notable. Il eut du ténesme vésical et des douleurs pendant la miction. La nutrition se maintient cependant suffisante. Coloration du visage peut-être un peu cachectique.

L'examen du bas-ventre ne montre rien d'anormal, la prostate est seulement un peu hypertrophiée.

11 juillet. — Température : 38°3-38°2. Diurèse : 1700 cmc., densité : 1020. L'urine est fortement colorée par du sang et donne un fort dépôt gris noirâtre. L'explorateur de Thomson ne découvre aucune concrétion.

12 juillet. — Température : 38°2-37°8.

L'irritation vésicale a quelque peu diminué sous l'influence de lavages boriqués. Par contre, l'urine renferme continuellement un dépôt gris sombre, très particulier, de masses molles, qui ressemblent

à du fromage dissocié et cela malgré des lavages quotidiens de la vessie et sans apparition d'une hémorragie récente.

Les masses en question, qui devaient provenir de l'un ou l'autre uretère, se montrent au microscope composées partie de globules rouges du sang, partie de cellules plus ou moins fusiformes et de quelques cellules rondes ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Bien que la palpation de la région rénale ne fournît rien d'anormal, j'inclinai vers le diagnostic d'une tumeur maligne du rein, et commençai le 17 juillet à faire l'analyse quantitative de l'urée, de façon à confirmer le diagnostic d'une affection rénale.

Cet examen, fait pendant 8 ou 10 jours, montra que la quantité d'urée diminuait d'une façon notable.

Bien que la nutrition du malade fut abondante et sa digestion normale, la quantité d'urée oscille autour du tiers de la normale. J'en tirai la conclusion que les 2 reins étaient malades, et abandonnai à cause de cela l'incision lombaire exploratrice, que j'avais projeté de faire.

Le malade fut renvoyé de l'hôpital, sur son désir, le 11 août 1892. Je le traitai chez lui où je pus bientôt voir se vérifier mon diagnostic.

10 septembre 1892. — Je constatai avec certitude l'existence d'une tumeur dans la région rénale droite. Le 1er octobre, j'en découvris une semblable dans la région rénale gauche. Et au milieu d'une cachexie croissante, les tumeurs augmentèrent de volume en peu de temps d'une façon colossale.

3 novembre. — Ascite considérable.

Chaque semaine, je faisais le dosage de l'urée et malgré une diurèse abondante (1500 à 1700 cmc. en 24 heures), toute l'urée en 24 heures ne dépassait pas 6 à 8 gr.

L'urine renfermait toujours le dépôt spécial ci-dessus, avec de nombreuses cellules atypiques, le plus souvent fusiformes.

1er décembre. — Le malade tomba dans le coma urémique, qui se termina par la mort le 4 décembre.

Autopsie. — L'autopsie complète ne fut pas permise. Mais une autopsie partielle du bas-ventre montra les 2 reins transformés en colossales tumeurs sarcomateuses. L'ascite provenait d'une sarcomatose péritonéale généralisée.

J'enlevai une nodosité qui, à l'examen microscopique, se montra formée par du sarcome à cellules fusiformes.

Observation VII. — Sarcome à cellules fusiformes du rein droit.

(Rovsing).

J..., 39 ans, fabricant de voitures. Vint me trouver le 21 juin, sur l'indication du Dr Schmitt.

Bien portant, jusqu'en janvier 1893, où, sans douleurs préalables et sans malaise précurseur, il fut pris d'une forte hématurie.

L'urine était colorée en rouge sombre par le sang, lequel était en partie intimement mélangé à l'urine, en partie en caillots vermiformes. Le malade fut contraint de rester au lit plusieurs mois, c'est seulement au mois d'avril qu'il se leva de nouveau.

Vers la fin d'avril, à l'occasion d'une promenade, il sentit tout à coup de violentes douleurs dans la région lombaire droite et dut s'aliter. La crise céda à l'application de compresses chaudes. Dans la suite, des hématuries survinrent de temps en temps, surtout après les mouvements, comme maintenant après le voyage de Weils jusqu'ici par chemin de fer.

Examen. — Malade maigre, cachectique, le visage a une coloration jaune sale. Mais le patient et son entourage soutiennent qu'il a toujours été maigre et pâle, à peu près comme aujourd'hui.

La palpation du bas-ventre est facilement pratiquée. Du côté gauche, le rein n'est absolument pas senti. Par contre, du côté droit, on perçoit, par le ballottement, l'extrémité inférieure du rein droit. Aucune tuméfaction n'est observée dans la région vésicale. L'explorateur de Thomson ne révèle aucun calcul. La vessie est de grosseur normale, ses parois sont lisses. Le frottement un peu rude de sa surface interne par la sonde ne détermine aucune hémorragie.

Urine acide, uniformément colorée par le sang, blanc rouge, sans caillots. Par le repos, il se forme un dépôt ténu brun rouge. A l'examen microscopique, ce dépôt se montre exclusivement composé de globules rouges, ainsi que d'un petit nombre de globules blancs et de quelques cellules épithéliales petites. Un examen ultérieur après centrifugation montra quelques cellules fusiformes.

Diurèse : 1500 cmc.

L'uréomètre d'Esbach dénote 20 gr. d'urée par litre, c'est-à-dire 30 gr. en 24 heures.

Le malade entre à la clinique privée le 26 juin 1893.

Opération. — Le *27 juin*, sous la narcose éther, on fait la cys-

toscopie, après avoir évacué la vessie et injecté 150 cmc. d'eau boriquée. Mais malgré des essais répétés, on n'arrive pas à constater de quel uretère le sang provient, le liquide devenant trouble, avant qu'on ait pu éclairer les orifices des uretères. C'est pourquoi, sous la même narcose, je fis une incision exploratrice dans la région lombaire droite (incision oblique de 12 cm.). Le rein fut libéré et attiré hors de la plaie. Le bassinet et la totalité du rein sont palpés minutieusement, nulle part on ne sent de concrétion. Le rein paraît quelque peu hypertrophié, mais son aspect est normal ; cependant il existe à sa partie inférieure un kyste de la grosseur d'une noix, rempli d'un liquide séreux clair. Le kyste est incisé en 5 points différents. Malgré plusieurs ponctions exploratrices avec l'appareil de Dieulafoy, aucune pierre n'est perçue. Le rein droit est alors remis à sa place et l'incision lombaire suturée par deux étages de catgut sans draînage. La plaie est recouverte de gaze stérilisée, puis le malade est retourné sur le côté droit.

Une incision de 12 cm. est faite obliquement à gauche jusque dans la capsule adipeuse du rein. La main, introduite, constate que la partie inférieure du rein présente une forme et un volume normaux, tandis que la partie supérieure est le siège d'une volumineuse tumeur cachée sous le diaphragme. On réussit à libérer le rein de sa capsule et à l'amener en totalité hors des lèvres de la plaie ; on voit maintenant que toute la moitié supérieure du rein est transformée en une masse néoplasique bosselée, dont la substance jaune transparaît à travers la capsule propre intacte. Le pédicule est saisi avec deux pinces de Péan, le rein est enlevé, puis l'uretère est isolé et réséqué sur une longueur de 6 cm. Quand on procède à la ligature des vaisseaux, une des veines échappe à la pression des pinces, d'où une forte hémorragie, dont on ne vient à bout que par un tamponnement de deux minutes. Pour éviter une nouvelle hémorragie, les pinces sont laissées à demeure, on fait un tamponnement avec de la gaze stérile. La plaie est partiellement fermée avec deux étages de sutures.

Le malade est quelque peu déprimé par l'opération qui a duré 5 quarts d'heure, le pouls est cependant bien frappé. Sur une coupe du rein, on voit que le 1/3 supérieur est transformé en une masse néoplasique jaunâtre, ramollie, d'aspect sarcomateux, laquelle au microscope (examen obligeamment fait par M. le prosecteur Brock offre la structure d'un sarcome à cellules fusiformes.

Suites opératoires. — Diurèse, le premier jour : 975 cmc. seulement, le 8e jour 3000 cmc., pour retomber progressivement à 1200.

30 juin. — Urée 13 gr. en 24 heures; le 2 juillet, 17 gr. d'urée. Ce même jour survint une rétention d'urine, qui nécessita le sondage pendant quelque temps ; il s'en suivit une légère cystite, qui guérit par l'injection d'une solution antiseptique.

Le malade se leva le 26 juillet et fut renvoyé dans un très bon état le 3 août.

La plaie consécutive au tamponnement par la gaze ne tarda pas à se cicatriser. Depuis, le malade est aussi bien qu'il n'a pas été depuis longtemps, et 3 mois après l'opération il reprenait ses occupations de carrossier.

Il s'est présenté à moi le 15 septembre de cette année : aucune trace de récidive, aspect remarquablement amélioré, poids augmenté.

Observation VIII. — Sarcome du rein droit.

(*Archiv von Langenbeck*, 1896. — George Lotheissen, assistant de la clinique chirurgicale d'Innsbruck.)

J. F..., 18 ans, étudiant, entré le 7 décembre 1891.

Antécédents. — Enfance rachitique.

En novembre 1890, après quelques semaines de malaise, il se sentit très affaibli et fut dans l'impossibilité d'uriner, le 19 novembre, de 10 heures du matin à 5 heures du soir. Il fut pris d'un besoin impérieux d'uriner et rendit une grande quantité d'urine sanguinolente, dans laquelle se trouvaient des caillots.

Ensuite, il éprouva une sensation de brûlure dans l'urètre, puis survint un frisson, qui dura une demi-heure. Douleurs et hématurie disparurent bientôt.

En mars 1891, de nouveau le sang apparaît dans l'urine.

En mai, le patient remarqua sous le rebord costal droit une tumeur dure, grosse comme un œuf d'oie, qui était douloureuse à la pression et pendant la marche. Il resta, à cette époque, 5 semaines au lit.

La tumeur grossit, et, à la fin de septembre, elle atteignait la ligne médiane. Le patient perdait ses forces, mais conservait l'appétit.

Examen. — Malade pâle, maigre, malingre. Pouls et température

normaux. On constate, sous le rebord des côtes droites, une tumeur rénitente, qui se termine en bas par un bord convexe; en dedans déborde la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, et offre la forme du rein. Légèrement mobile, non influencée par les mouvements respiratoires, de surface lisse.

Teneur du sang en hémoglobine : 45 °/₀.

Nombre des globules rouges : deux millions six cent mille.

Dans l'urine, on trouve une petite quantité d'albumine. Les sédiments sont rares, ils renferment des leucocytes, des cristaux d'oxalate de chaux et des bactéries.

Opération. — *15 déc.* — Laparotomie. Incision commençant à 3 doigts au-dessous de l'ombilic et conduite en dehors parallèlement au rebord costal. Le côlon transverse est fixé au-dessous de la tumeur. Par la ponction, il s'échappe quelques débris, qui sont reconnus comme des masses sarcomateuses. La libération de la tumeur est faite par en bas. L'uretère, enclavé dans la tumeur, est oblitéré par les masses néoplasiques.

De fortes hémorragies se produisent. Le patient devient très faible, on termine rapidement l'opération. On est obligé de laisser en haut un reste de tumeur. Tamponnement à la Mikulicz. Deux pinces doivent être laissées à demeure, on les enlève le 17.

La quantité d'urine est bientôt normale.

19 décembre. — Le patient devient plus faible. Survient une pneumonie et finalement un érysipèle.

29 décembre. — Mort.

Autopsie. — A l'autopsie : bronchite, pneumonie (influenza).

Péritoine sans réaction.

L'uretère a les dimensions du petit doigt. Sa surface externe est lisse. Il est rempli par un tissu gris rosé. La veine rénale est aplatie. Le rein gauche est à peine hypertrophié. La substance corticale paraît pâle.

L'uretère était oblitéré par des masses néoplasiques, d'où l'absence d'hématurie.

Examen microscopique. — Il confirme le sarcome ; les cellules étaient en voie de dégénérescence ; les noyaux avaient disparu dans quelques-unes.

Observation IX. — Sarcome du rein droit à petites cellules (Lotheissen).

Femme de 46 ans, Lazare E..., entrée le 19 février 1888.

En novembre 1884, elle fut soignée pour une hématurie, qui dura 8 mois, à la policlinique de Vienne.

Depuis 8 mois, est apparue une tumeur à droite dans le bas-ventre. La ponction exploratrice ne donne issue à aucun liquide.

La patiente est fortement amaigrie. Dans l'urine, on trouve des traces d'albumine. La tumeur s'étend presque jusqu'à la ligne médiane, et en bas jusqu'à la crête iliaque.

24 février. — Néphrectomie lombaire. L'uretère a la grosseur du pouce, il est allongé et rempli de tissu muqueux. On le lie profondément dans le bassin.

25 février. — Mort par collapsus.

Examen microscopique : Sarcome à petites cellules.

Observation X. — Sarcome du rein droit. — Extirpation. — *Guérison*.

(Dr Pawlik. *Annalen von Langenbeck.*)

Ch. F..., 28 ans, entrée le 4 mars 1893.

Antécédents. — Le père de la patiente mourut de sénilité.

La mère vit encore et jouit d'une parfaite santé. Des 4 frères et sœurs de la patiente, un frère mourut de variole noire, les autres sont bien portants.

A 19 et 21 ans, la malade souffrit d'un abcès du cou avec douleurs empêchant la déglutition et la phonation. Cet abcès creva, au bout de 14 jours dans la cavité buccale.

Les règles survinrent vers 15 ans, elles furent et restèrent régulières, d'une durée moyenne de 3 à 4 jours. Il y a un an et demi, la malade accoucha facilement d'un enfant bien portant ; 6 mois après la délivrance, les règles reparurent.

Avant Noël de l'année passée, la malade se sentit dans le côté droit du ventre, au dessus du ligament de Poupart, dans la profondeur, une tumeur grosse comme le poing. Laquelle, de temps à autres, était douloureuse, surtout à l'époque de la menstruation. Alors la patiente éprouvait des élancements et des brûlures dans la tumeur.

Comme, malgré un traitement médical, la maladie ne s'améliorait pas, et que la tumeur augmentait de volume, la femme fut envoyée à Pragues.

Etat actuel. — Aspect sain. Nutrition bonne. Dans la moitié droite du ventre, on sent, à la hauteur de l'ombilic, une tumeur bien circonscrite, solide à la palpation, ovale. Son plus grand diamètre répond à l'axe du corps et mesure 14 cm.; le diamètre transverse a 12 centimètres.

La moitié interne repousse assez fortement la paroi abdominale en avant, tandis qu'en dehors on remarque un léger sillon, produit probablement par le bord externe du muscle droit de l'abdomen, lequel a été refoulé en dehors par la distension de l'abdomen. La partie interne et saillante de la tumeur se trouve justement dans cette partie distendue. La tumeur se laisse partiellement repousser sous les côtes, de même que vers le petit bassin, également assez bien dans la moitié gauche du ventre. Mais dès qu'on interrompt la pression, elle revient à sa place primitive. En arrière elle fait bomber assez fortement la région lombaire, ordinairement déprimée.

En repoussant en dedans la tumeur, on fait tendre une corde allant de la tumeur à l'os iliaque. Si, d'autre part, on repousse la tumeur en bas, le doigt dans le vagin sent son pôle inférieur et une petite partie de sa surface postérieure.

Sur toute l'étendue de la tumeur, on trouve de la matité. Sur sa face antérieure, ni la palpation, ni la percussion ne décèlent d'intestin.

Par l'insufflation intestinale, le côlon ascendant se manifeste à la surface interne de la tumeur, en même temps que la tumeur est repoussée dans la région lombaire par l'intestin distendu.

Il s'agissait donc vraisemblablement d'une tumeur du rein. Pour obtenir une confirmation encore plus grande de cette hypothèse, je cherchai à sentir dans cette tumeur une portion du rein encore indemne, et j'y arrivai au niveau de la partie supérieure de la tumeur, grâce à la palpation bimanuelle.

On fit le cathétérisme des 2 uretères en même temps : la comparaison des urines obtenues des 2 reins, dans le même espace de temps, montra une différence insignifiante aux dépens du rein droit : les cathéters sont restés 20 minutes en place, le droit a donné 23 cmc. d'urine, le gauche 24 cmc. L'examen des 2 urines

ne montra rien d'anormal. Donc, malgré le néoplasme, la plus grande partie du parenchyme rénal sécrétant était conservée.

Quant à la nature du néoplasme, je ne me permis pas de tirer des conclusions fermes. Cependant, d'après la dureté de la tumeur et le bon aspect de la malade, je penchai plutôt vers un fibrome.

Opération, 6 mai 1893. — Laparotomie transpéritonéale. Incision à gauche de la ligne médiane, étendue de 5 cm. au-dessus à 5 cm au-dessous de l'ombilic.

Après l'incision du péritoine, on trouve le gros intestin à la partie interne de la tumeur. La face antérieure de celle-ci est tapissée par la séreuse.

Le rein manque à sa place normale, mais on le trouve à la partie supérieure de la tumeur.

Le revêtement péritonéal est incisé sur le grand axe de la tumeur; on perçoit maintenant une consistance élastique. La ponction donne issue à un liquide sanglant foncé.

La décortication de la tumeur est difficile dans la région du hile.

La tumeur est alors fendue, et l'on trouve à son intérieur une masse médullaire jaunâtre, en même temps que du sang liquide et coagulé. Tout ce tissu est enlevé, de façon qu'il ne reste plus que la coque.

Considérant le caractère manifestement malin du néoplasme, je rejette la résection partielle et enlève le rein avec la tumeur. D'autant plus que j'avais constaté l'intégrité fonctionnelle complète du rein gauche.

Suites opératoires. — La malade sort guérie le 12 juin, après différentes péripéties.

Description de la pièce conservée dans l'alcool. — La tumeur, y compris la portion conservée du rein, mesure 14 cm. de diamètre longitudinal, dont 6 cm. pour le rein et 9 cm. pour la tumeur, sa largeur, à la hauteur de l'uretère, est de 6 cm., son épaisseur de 4 cm., le diamètre transverse de la tumeur est de 9 cm.

La moitié supérieure du rein a un aspect normal et lisse, de même que la portion au-dessous du hile, jusqu'à 2 cm. ou 2 cm. 1/2. Mais la partie répondant au quart inférieur du rein est notablement grossie et occupée par une tumeur kystique, bosselée, qui, sur la pièce, mesure environ 2 poings.

Le bassinet est séparé du néoplasme par une zone assez large de tissu rénal macroscopiquement normal.

Sur une coupe transversale de la portion du rein conservée, la zone corticale est réduite à 2 millimètres, la portion médullaire est hypertrophiée.

La tumeur elle-même est manifestement séparée du tissu rénal par une capsule conjonctive de 4 millimètres d'épaisseur. Sur une coupe frontale en dedans et en dehors, on voit le tissu du rein s'amincir jusqu'à la capsule. Tandis que, sur cette coupe frontale, on voit le tissu rénal s'avancer de 1 cm. à 1 cm. 1/2 à la surface antérieure de la tumeur, en arrière il s'avance jusqu'à 7 ou 8 cm.

A la surface interne de la capsule, on reconnaît des vestiges du néoplasme, en grande partie enlevé pendant l'opération.

Le néoplasme s'était donc développé dans le quart inférieur du rein, et celui-ci englobait le tissu néoplasique peu en avant, beaucoup en arrière. La tumeur ne faisait pas saillie dans le bassinet.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules fusiformes, petites cellules; hémorragies faciles à expliquer par l'absence de parois propres des vaisseaux, lesquels étaient simplement revêtus d'endothélium.

La malade quitte la clinique en décembre 1893, dans un état de santé excellent.

Observation XI. — Sarcome du rein droit.

(Perthes.— *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, t. XLII, p. 201).

Environ un an avant son entrée, Dr Théodore M... de R..., âgé de 50 ans, avait remarqué pour la première fois une grande quantité de sang dans son urine.

L'hémorragie s'était répétée toutes les 4 à 6 semaines, une fois avec complication de coliques très douloureuses, dans le côté droit.

C'est seulement 5 semaines avant son entrée que le patient constata lui-même une tumeur sous le foie. Cette tumeur fut reconnue comme appartenant au rein droit, et, le 17 février 1891, sous la narcose chloroformique, enlevée par laparotomie (incision oblique). Elle était encore assez mobile.

Au cours de l'opération, en attirant la tumeur hors de la cavité abdominale, la capsule éclata et le contenu, masse demi-molle, blanchâtre, se répandit sur la plaie.

Suites opératoires. — Sauf une suppuration d'un point de suture, elles furent simples.

L'urine demeura sanguinolente, dans les 5 premiers jours après l'opération. Un mois et demi plus tard, le patient pouvait partir, la plaie complètement cicatrisée, avec une bonne santé générale, l'urine était redevenue normale.

Diagnostic de la tumeur. — Le diagnostic anatomo-pathologique de la tumeur par le professeur Ribbort fut : sarcome à grandes cellules, structure par place alvéolaire, avec dégénérescence graisseuse étendue.

Récidives. — Cinq mois et demi après l'opération, le malade revint parce qu'il avait remarqué, peu de jours avant, deux petits noyaux dans la cicatrice et aussi une petite quantité de sang dans l'urine.

Ces nodules, de la grosseur d'un noyau de cerise et très mobiles, siégeaient dans l'extrémité inférieure de la cicatrice. Ils furent extirpés et se montrèrent formés par du sarcome alvéolaire.

14 mois, après l'opération, le malade entre de nouveau à la Clinique. On constate aux environs de la cicatrice une tumeur de la grosseur d'une mandarine, siégeant dans la peau. Elle fut extirpée le 22 avril 1892.

Elle avait déjà envahi le péritoine et se montra formée par du sarcome, à cellules fortement nucléées.

Un ans et 8 mois, après l'opération (28 octobre 1892), le malade mourut d'une récidive de sa tumeur rénale.

Dans les derniers temps, le malade se plaignait de douleurs à l'estomac. Il avait des vomissements fréquents couleur marc de café. L'urine renfermait beaucoup d'albumine.

Observation XII. — Sarcome kystique du rein.

(Musée Guyon).

J... Gustave, 46 ans, clerc d'avoué, entré le 24 février 1896, salle Velpeau.

Antécédents héréditaires. — Son père, mort à 80 ans, de vieillesse, aurait eu la syphilis, mais lui-même n'aurait jamais eu d'accidents. Mère morte à 72 ans (maladie inconnue). Ni frère, ni sœur. Marié depuis 17 ans, n'a jamais eu d'enfants.

Antécédents personnels. — Angine en 1871, 3 mois à l'hôpital. Plusieurs blennorragies, il y a 25 ans ; le malade ne peut en préciser le nombre ; chacune d'elles a duré 15 jours environ.

Histoire de la maladie. — Ventre un peu douloureux à la pression depuis 2 ou 3 ans. Depuis plusieurs mois, il a le teint un peu

jaune sans vomissements. Il a eu à diverses reprises quelques coliques sans importance. Depuis 4 ou 5 ans déjà, l'appétit est diminué, surtout le soir. Ni vomissements, ni troubles gastro-intestinaux. Il s'est un peu amaigri depuis 10 ans, mais s'est aperçu depuis cette époque de l'augmentation de volume du ventre.

Il y a 5 semaines, hématurie survenue sans cause, ayant duré 48 heures ; il ne peut préciser son époque d'apparition, mais il l'a aperçue le soir. Hématurie totale, aussi accentuée pendant toute la durée de la miction. Pas de caillots, pas d'alternances d'urines claires. Arrêt spontané de l'hématurie (ergotine, lait).

Depuis l'hématurie, pas de douleurs ; le malade n'en a jamais eu. Abdomen toujours un peu douloureux. Appétit meilleur qu'avant l'hématurie. Sommeil bon. Fonctions digestives et respiratoires normales. Pas d'amaigrissement.

Etat actuel. — Pas de souffrances spontanées. Bon état général. Mictions normales.

Dans le côté droit du ventre, on trouve une tumeur occupant tout l'hypocondre droit, peu douloureuse, assez mobile. Il n'y a pas de circulation collatérale à droite, ni de phénomènes hépatiques.

6 mars. — Examen par M. le professeur Guyon. Le contact lombaire peut s'établir, mais nécessite une pression un peu forte : on sent la tumeur dans le triangle costo-vertébral et dans la région lombaire proprement dite.

Par la palpation simple, on sent une masse volumineuse dont l'extrémité inférieure est à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic, le bord interne est à 2 travers de doigt de la ligne du flanc droit, le bord interne est à 5 travers de doigt à gauche de la ligne médiane et à 4 travers de doigt de la ligne du flanc gauche.

Par le palper simple, l'ensemble de la tumeur paraît souple, assez régulier dans sa portion droite, mais souple et moins régulier dans sa portion gauche.

Palper combiné : pas de déplacement sensible par ballottement, soulèvement d'ensemble peu marqué.

Par le palper des deux mains, sur la face antérieure du ventre : rénitence vague dans la moitié droite. Sensation de résistance dans la moitié gauche.

Prise en masse, la tumeur présente une certaine mobilité, assez légère dans le sens transversal.

Il est difficile de se rendre compte, si elle est modifiée par le mouvement respiratoire.

Le décubitus sur le flanc gauche ne change pas sensiblement sa position.

L'extrémité des doigts creuse sous les fausses côtes une sorte de sillon, sans que l'on puisse dire exactement si l'on sent l'extrémité supérieure de la tumeur.

A la percussion : sur le flanc droit, la matité va de 3 travers de doigt sous le mamelon droit à 1 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

En dehors de la ligne médiane, la sonorité commence sous le rebord costal. Cette sonorité se retrouve sur la face antérieure de la tumeur, mais moins franchement que sur la ligne médiane.

Quand on palpe profondément, en déprimant la peau et en faisant des glissements, on ne sent pas rouler d'anses intestinales.

Examen chimique. — Réaction alcaline; glucose, pas; urée, 11.52; albumine, pas.

6 mars. — Examen endoscopique par M. Janet. Urètre normal.

Vessie irritable : on introduit facilement 150 cmc.

Endoscopie facile. La vessie paraît hyperémiée, avec des vaisseaux nombreux et dilatés.

Néanmoins la paroi de la vessie est blanche.

Au trigone on constate de l'œdème de la paroi, surtout à gauche. Cette partie est en outre fortement ecchymotique.

Examen des orifices uretéraux : les jets uretéraux sont clairs ; le gauche se produit toutes les 17 secondes, le droit toutes les 5 ou 7 secondes, mais faible et difficile à voir.

9 mars. — Examen par M. le professeur Guyon. La tumeur semble plus fluctuante.

On n'a pas trouvé d'éléments biliaires dans les urines.

11 mars. — Examen par M. le Professeur Guyon.

Opération. — Incision recto-curviligne à la région lombaire droite, jusqu'à la capsule adipeuse du rein. Il se produit une hémorragie difficile à arrêter.

Deux ponctions de la tumeur donnent chacune issue à une assez grande quantité de liquide.

A la première : issue d'abord d'un liquide jaunâtre, d'aspect bilieux, puis d'un liquide franchement sanguinolent.

A la deuxième : issue d'un liquide sanglant.

Bourrage de la cavité à la gaze phéniquée, drainage. Au moment du pansement, il se fait une issue de sang par les drains, qui nécessite une injection d'eau chaude.

Le malade était dans un état syncopal, avec le pouls très faible (injection d'éther, caféine, sérum).

13 mars. — Changement du premier pansement par M. le Professeur GUYON.

On constate la disparition de la grosse masse, à gauche de la ligne médiane. Les parties dures sont remontées en haut et en dehors sous le foie.

Le pansement largement traversé est humide et d'odeur urineuse.

16 mars. — Changement du deuxième pansement par M. le Professeur GUYON.

On enlève la gaze de bourrage, on enlève et remet les 2 drains, après nettoyage.

A la suite de l'introduction des drains et d'une courte exploration digitale, il se produit une légère hémorragie, arrêtée rapidement par un lavage à l'eau chaude.

Examen par M. CHABRIÉ du liquide retiré par ponction pendant l'opération : pas de quantité appréciable de bile.

19 mars. — 3e pansement.

20 mars. — Le malade ayant un peu de fièvre, on fait un pansement et un lavage tous les jours.

Œdème du membre inférieur droit, phlébite.

9, 10, 11 avril. — Rétention d'urine. Le malade est sondé, matin et soir.

16 avril. — Frissons. Sang dans le pansement.

17 avril. — Frissons.

23 avril. — Décès.

Autopsie, le 14 avril 1896. — Le rein est presque tout entier transformé en une masse néoplasique, et son extrémité inférieure seule présente encore son aspect macroscopique normal. Le bassinet et l'uretère traversent la tumeur, sans qu'ils semblent nullement être envahis par elle. La tumeur est composée de grosses masses molles, bourgeonnantes, au milieu desquelles se sont creusées des cavités plus ou moins vastes, nombreuses, pleines de sang.

En un point, il y a adhérence avec la veine cave inférieure, dont la paroi épaissie fait à ce niveau saillie dans la cavité

Le rein du côté opposé est sain.

Observation XIII. — **Myxo-sarcome du rein gauche. Présentation de la moitié du rein et d'une tumeur, qui s'est développée sur ce rein.**

(Bazy. — Société de chirurgie, 9 février 1898.)

R... Paul, pépiniériste, 56 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale. Il y a déjà plusieurs années, qu'il souffre de douleurs vagues dans la région lombaire gauche. Mais c'est surtout depuis un mois qu'il ressent de vives douleurs dans le flanc gauche.

Il y a 15 jours, il s'est aperçu que cette région devenait proéminente. Un médecin a fait le diagnostic de hernie, puis un autre celui de tumeur abdominale.

Actuellement, on constate une voussure de la région ombilicale gauche; à la palpation, on sent dans le flanc gauche une tumeur volumineuse, dont les limites sont les suivantes : en bas, elle descend à 4 travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic; en haut, elle disparaît sous le rebord costal; à droite, elle ne dépasse guère la ligne médiane; en arrière elle disparaît dans l'espace costo-iliaque. Elle est assez uniformément consistante, à surface lisse, mais légèrement bosselée. A la percussion, elle est franchement mate et entourée sur tout son pourtour d'une zone de sonorité aussi bien en haut et dans la région épigastrique, que dans l'hypocondre droit, et en bas et en arrière. Elle n'a ni la forme de la rate, ni la consistance d'un kyste; elle n'est pas mobile avec la respiration. La palpation bimanuelle (une main placée en avant, l'autre en arrière, dans l'espace costo-iliaque et l'angle costo-musculaire) ne donne aucun renseignement.

Quand on fait contracter le muscle grand droit de l'abdomen, la tumeur disparaît et le flanc devient plus saillant.

Le toucher rectal ne donne aucun signe.

Etat général. — Pas de fièvre. Le malade a un peu maigri, pas de troubles digestifs, ni diarrhée, ni constipation; pas de troubles urinaires, pas d'hématurie, pas d'urines troubles, ni de débâcle urinaire. Rien du côté du cœur, ni des poumons. La tumeur est enlevée le 17 janvier 1898.

Opération. — Laparotomie. Incision le long du bord externe du muscle droit gauche, sur une hauteur de 15 cm. environ, allant

du bord costal et descendant à 7 ou 8 cm. au-dessous de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, on voit l'épiploon que l'on écarte, puis on voit le péritoine postérieur. Il est ouvert de façon à mettre à nu la tumeur. Ce péritoine est distinct de la tumeur elle-même, qui, paraissait fluctuante ; elle est ponctionnée avec le gros trocart de l'appareil Potain.

Il sort un liquide marron, constitué par du vieux sang épanché et caillebotté. A plusieurs reprises, le trocart est bouché. La tumeur est un peu détendue et on peut l'énucléer sans qu'il sorte rien par l'orifice du trocart. En énucléant la tumeur, on finit par voir en arrière et en dedans une masse rougeâtre, qui est le rein.

En continuant l'énucléation, on tombe sur une masse blanc rosé qui se déchire, montrant ainsi qu'il s'agit là d'une vraie tumeur du rein et non d'un kyste rénal.

On essaye alors de faire l'énucléation du rein ; on continue par conséquent à le détacher et on place un clamp sur le pédicule ; on coupe en avant de la pince, entre le clamp et le rein.

Cela fait, comme des parties de la capsule cellulo-adipeuse, en arrière et en dehors, paraissent suspectes, parce qu'on voit là comme des infiltrations d'une substance gluante, gélatineuse, empoissant les doigts, comme le fait le liquide gélatineux d'un kyste de l'ovaire, on les résèque.

On lie alors le pédicule en passant un gros fil de catgut en arrière du clamp qui le retenait en totalité. Le catgut casse au moment où l'on enlève le clamp, qui ne peut être replacé à temps. Néanmoins il ne se produit pas d'hémorragie.

Sur le clamp resserré, mais resserré dans une position vicieuse, on place un second fil qui, comme nous le voyons après, n'étreint que l'uretère ; il se produisit alors un petit suintement noirâtre, que l'on réprime au moyen d'une pince, et alors apparaît un violent jet de sang rouge, que l'on arrête aussitôt au moyen d'un clamp.

L'hémorragie est ainsi arrêtée. La quantité de sang perdue peut être évaluée au contenu d'une cuillère à café. L'hémostase avait donc été faite par l'écrasement des vaisseaux ; l'orifice veineux s'était ouvert le premier, ensuite l'orifice artériel. On place encore des ligatures sur la capsule. On referme le péritoine postérieur par un surjet au catgut. On referme la paroi abdominale par 2 surjets au catgut, un pour la paroi postérieure de la gaîne du muscle droit, l'autre pour la paroi antérieure de sa gaîne, après avoir fixé son

bord externe dans l'angle formé par leur réunion (procédé de Jalaguier). On suture la peau au crin de Florence.

Le pédicule a pu être examiné, et nous n'avons ni vu, ni senti de ganglions.

Après l'opération. — Etat général bon, pas de fièvre, pas de selles les jours suivants, une selle le 21 janvier, sous l'influence d'un lavement ; aussitôt le malade ressent un grand soulagement.

Les jours suivants, mais surtout à partir du 27, le malade est atteint d'une dyspnée qui va en s'accroissant. On constate de la matité aux deux bases et des râles sibilants. Du côté de la région opérée, on ne constate rien, souplesse parfaite de la paroi et des parties profondes, indolence absolue.

Le 30 janvier, on pratique une ponction dans la poitrine avec la seringue de Pravaz et on obtient un peu de liquide filant, muqueux, absolument analogue à celui qui a été observé pendant l'opération. On fait ensuite une 2e ponction avec un trocart plus gros, on obtient aussi une goutte de ce même liquide. Le néoplasme s'était évidemment généralisé.

Décès le 31 janvier 1898.

Description de la pièce. — La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, est implantée par une très large base sur le bord externe du rein, envahissant la face antérieure et la face postérieure, les ayant comme dédoublées.

La base d'implantation arrive au niveau de l'extrémité inférieure, mais ne va pas jusqu'à l'extrémité supérieure.

En haut, à son union avec le rein, la tumeur s'est déchirée pendant l'ablation. Peut-être est-ce par là qu'elle a envoyé les prolongements qui ont infiltré la capsule adipeuse, de façon à former les masses que nous avons signalées tout à l'heure pendant l'opération. Le doigt, introduit dans la déchirure, éprouve la même sensation de substance gluante, comme s'il s'agissait d'un épithélioma mucoïde.

La tumeur est coupée suivant le grand axe et le rein aussi. La grosse tumeur, d'aspect brunâtre, est constituée par une grande poche remplie d'une boue brunâtre, chocolatée, dans la plus grande partie de son étendue, plus rougeâtre au voisinage du rein, absolument analogue à la boue de certaines hématocèles vaginales. Cette matière est contenue dans une poche très nettement délimitée,

même au niveau du rein par une paroi d'apparence fibreuse de 2 à 3 millim. d'épaisseur.

Cette partie paraît être complètement fermée, même du côté de la partie supérieure, au voisinage du néoplasme, dans le point où la tumeur s'est rompue.

Le néoplasme à proprement parler occupe l'équateur supérieur du rein. L'équateur inférieur n'a rien, et dans cette partie supérieure, il infiltre le parenchyme rénal sans démarcation nette, précise entre le néoplasme et la substance rénale saine.

Le coagulum brunâtre et brun rougeâtre qui remplit la grande poche kystique est enlevé sous un filet d'eau et on voit alors la face interne de la poche, tapissée par les caillots fibrineux, infiltrés, à l'aspect brunâtre.

Ces caillots paraissent adhérents à des bourgeonnements néoplasiques, partis de la face interne de la poche, au niveau de son insertion sur le rein. Ces bourgeons néoplasiques sont très nets au voisinage du point où le kyste est en rapport avec le néoplasme. Il a, là, l'apparence rougeâtre, rose dans certains points, blanchâtre dans d'autres, exactement, du reste, comme le néoplasme lui-même.

La tumeur examinée dans mon laboratoire par mon Interne Junien Lavillauroy a démontré qu'il s'agissait d'un myxo-sarcome.

Observation XIV. — **Sarcome du rein gauche. — Néphrectomie lombaire. — Guérison opératoire. — Mort, 10 mois après, de généralisation.**

(Segond. — In thèse Chevalier, 1891.)

M. M..., officier, 33 ans, est envoyé à M. le Dr Paul Segond.

Le malade n'a pas d'antécédents néoplasiques dans sa famille.

Personnellement, il a été soigné, deux ans avant, pour une affection qu'on a prise pour de la tuberculose au début : toux, sommets douteux. Pas d'antécédents syphilitiques. L'existence du sujet est très fatigante.

Il y a 6 mois (avant l'opération), début des accidents, qui ont été en s'aggravant depuis. Toujours à la suite de locomotions, de fatigues, jamais spontanément, apparition de douleurs très fortes, dans la région rénale gauche, presque instantanément accompagnées d'hématuries relativement abondantes; la crise durait 2 à 3 jours, puis, le repos aidant, tout rentrait dans l'ordre. Progressivement

les crises devinrent plus fréquentes et plus longues, durant 4 à 5 jours ; puis intervalles d'accalmie complète.

Examen du malade. — Sujet maigre, pâle, anhélant : l'auscultation, faite par M. le Dr Ferrand, dénote un peu de rudesse respiratoire, mais pas de tuberculose nette.

Localement, on constate, au-dessous du rebord des fausses côtes, une saillie paraissant le bout du rein gauche. Le diagnostic fut : calcul probable, mais possibilité de néoplasme.

Le 26 août 1889, opération par M. Segond. — L'incision lombaire permet d'apercevoir la pointe du rein gauche, qui est d'aspect blanc, bombé; on reconnaît un sarcome. La main introduite tout entière sous les fausses côtes ne peut arriver à circonscrire toute la tumeur.

Après avoir placé de grandes pinces sur le rein, on l'incise, on fait avec la main l'évidement du centre qui était ramolli, une sorte de morcellement, et, quand la coque est plissée, on achève l'opération.

Durée, une heure et demie. On laisse 4 pinces à demeure. Désinfection du champ opératoire, suites simples, malgré un état de shock, qui s'est prolongé durant 8 jours. Ablation des pinces après 48 heures.

Le 15e jour, le malade reprend sa vie ordinaire, la plaie était restée un peu fistuleuse avec bourgeonnements douteux sur les bords. Immédiatement après le malade commence à s'affaiblir et à présenter des phénomènes thoraciques de plus en plus sérieux. M. le Dr Ferrand, après un examen très soigneux, conclut à la dégénérescence des ganglions du médiastin.

Le 13 juin 1890. — 10 mois après l'opération, le malade meurt en activité de service.

Le diagnostic histologique, fait par M. Lyot, fut : sarcome alvéolaire.

Observation XV. — Grosse tumeur du rein droit. — Laparotomie. — *Mort.*

(A. Kohler. *Ann. Charité.* Berlin 1886, volume XIII, 1888, p. 542. — In thèse Chevalier 1891.)

Homme de 42 ans. Depuis 10 semaines, soi-disant à la suite d'un traumatisme, est apparue une grosse tumeur abdominale à développement rapide dans les dernières semaines.

Œdème des membres inférieurs et des organes génitaux. Circonférence de la moitié droite de l'abdomen à la hauteur de l'ombilic : 49 cm.; de la moitié gauche : 45 cm.

Ponction exploratrice négative. Matité hépatique du 4e espace intercostal jusqu'à un doigt au-dessus du bord costal, puis une étroite bande de sonorité tympanique, au-dessous matité absolue dépassant à gauche d'une main la ligne médiane.

Pas de troubles de la miction. Urine normale.

La laparotomie conduit sur une tumeur adhérente à la paroi abdominale, qu'on ne peut détacher. On referme la plaie. Pas de fièvre, pas de douleurs, pas de vomissements, mais affaiblissement progressif et mort 5 jours après.

Autopsie. — Sarcome à cellules allongées, très volumineuses, du rein droit. Rein gauche hypertrophié. Pleurésie chronique. Péritonite chronique. Anasarque.

Observation XVI. — **Sarcome circonscrit du rein droit. — Néphrectomie partielle.** — *Guérison.*

(Albarran. — In thèse Héresco, 1898.)

Femme 39 ans. La malade se présente à la consultation privée de M. Albarran, au mois de novembre 1896.

Depuis 14 mois, la malade a des hématuries après la marche. Cela d'une manière constante.

Jamais de douleurs. Pendant l'hématurie, fréquence des mictions et une certaine lourdeur dans la vessie.

Rein droit un peu mobile, ne paraissant pas gros.

Urines normales avant la marche, sanglantes après.

23 novembre 1896. — Incision très oblique sous la dernière côte ; graisse périnéphrétique abondante, mais décortication facile. On sent de suite une saillie circonscrite sur le bord convexe du rein. M. Albarran amène le rein dans la plaie et voit une tumeur grosse comme une noisette sur le milieu du bord convexe : elle est irrégulière, arrondie, avec deux petits lobules graisseux en haut et en bas. Le reste du rein paraît sain.

Incision en long (coupe d'autopsie) pour voir jusqu'où pénètre la tumeur ; dans l'intérieur du rein, elle est circonscrite, mais non encapsulée et va jusqu'à la base des pyramides. Résection du rein en coin, pénétrant jusqu'au bassinet. Au niveau de la section, 2 arté-

rioles donnent du sang en jet; pincement sans pouvoir arriver à les lier. Trois points de suture profonds au catgut sur la face antérieure, le bord convexe et la face postérieure du rein ; 2 points complémentaires. Le saignement s'arrête.

Drainage juxta-rénal en bas et au milieu de la plaie.

Urines sanglantes le lendemain, normales deux jours après. Pas de température. Guérison par première intention, sans aucune fièvre.

La malade guérie se lève le 18e jour, se portant bien et mettant son corset.

Depuis, lorsque la malade a commencé à marcher, elle a de nouveau saigné comme avant l'opération. Elle continue encore depuis 2 ans. Chaque fois qu'elle marche, hématuries abondantes sans douleurs, calmées par le repos.

10 janvier 1899. — Analyse des urines : 55 centigr. d'albumine par litre.

Etat général très bon, malgré la mort successive de trois de ses enfants.

Observation XVII. — Gros sarcome du rein.

(Malcoolm. *Transact. pathol. Soc.* Lond., XLVII, p. 119, 1896. — In thèse Héresco, 1898.)

Jeune fille, 19 ans. Deux ans avant son admission à l'hôpital, la malade est subitement saisie de douleurs dans l'abdomen, qui la forcent à lâcher son ouvrage. Hématurie copieuse suivie, quelques heures après, de la cessation des douleurs. Les attaques de douleurs et hématuries continuent pendant 10 jours, après quoi elles cessent. Un médecin appelé sent quelque chose dans l'abdomen. Pendant les 2 années suivantes, 4 à 5 attaques identiques d'hématuries et de douleurs. L'abdomen a augmenté graduellement.

Examen. — Dans le côté gauche de l'abdomen, grosse tumeur s'étendant en bas jusqu'au pubis et jusqu'à la ligne semi-lunaire du côté opposé, absolument mobile.

L'examen de l'urine ne montre pas de traces de sang, ni de cellules malignes, une fois seulement on trouva de l'albumine.

Opération en juin 1894. — Incision abdominale sur la ligne semi-lunaire. Le côlon descendant est en dehors et en arrière de la

tumeur. Quelques tissus lâches et des ganglions sont enlevés sur le côté gauche de la tumeur.

Néphrectomie.

Guérison jusqu'au 15 octobre 1894, quand apparut une grosse masse solide dans l'abdomen, s'étendant d'un côté à l'autre. Ganglions hypertrophiés dans le creux sus-claviculaire gauche. La malade meurt de cachexie en novembre 1894.

Autopsie. — Dans le bassin, on trouve un liquide noir, épais, consistant en du tissu dégénéré et du sang. Néoplasme de la grosseur de 2 poings, attaché au grand épiploon et pendant dans le bassin, tout à fait fluctuant, en partie hématique.

Grosse masse molle, rétrocœliaque, s'étendant dans la fosse iliaque droite. Cul-de-sac de Douglas rempli de masses néoplasiques. Ganglions de l'épine dorsale hypertrophiés. Rien dans le médiastin ni dans les plèvres. Deux ganglions hypertrophiés derrière le muscle sterno-mastoïdien.

Rein droit : surface couverte de petits abcès multiples. Bassinet et calices fortement dilatés et remplis de muco-pus. Dans les pyramides, petits abcès de consistance ferme, avec traces de suppuration dans la partie corticale. Calcul pyriforme du bassinet mesurant 2 cm. de long et 1 cm. 1/2 de large, constitué par un noyau recouvert d'une couche phosphatique.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules rondes et ovales en dégénérescence.

Observation XVIII. — Sarcome du rein gauche. Néphrectomie. Ouverture de la plèvre. — *Guérison.*

(Thiriar, de Bruxelles. — *Revue de chirurgie*, 1888, page 1).

Antécédents. — O... Félix, âgé de 41 ans, employé de commerce, entre le 3 novembre 1886 dans le service de mon excellent ami le Docteur Desmeth, professeur de clinique médicale à l'hôpital Saint-Jean. Etant au service militaire, le malade a eu la fièvre typhoïde en 1864-1865. Pendant cette maladie, il a gagné deux abcès, l'un au cou, l'autre à la jambe. Le 1er novembre 1885, il urina pour la première fois du sang et se fit admettre trois jours plus tard à l'hôpital Saint-Pierre dans un service de médecine. L'hématurie fut très abondante (un pot de nuit, le 1er jour); elle occasionnait de violentes douleurs pendant la miction et de fréquents vomissements

bilieux. Déjà, du reste, dès le mois de septembre, le malade ressentait dans le flanc gauche et dans les jambes des élancements fréquents. L'hématurie dura cinq jours ; elle disparut alors complètement, ne laissant que des urines troubles et albumineuses pour tout souvenir de son existence. Le séjour du malade à Saint-Pierre dura 3 mois ; il y fut soumis au régime lacté et au perchlorure de fer. Après la sortie, les élancements persistèrent, et, au bout de 4 jours, une nouvelle hématurie survint ; elle dura 4 jours et obligea le patient à rentrer à Saint-Pierre où il séjourna 2 mois. Au mois d'avril 1886, une troisième hématurie nécessita de nouveau son admission à Saint-Pierre. On essaya alors de le sonder, on en fut empêché tout d'abord par un rétrécissement du canal de l'urètre. Le séjour à l'hôpital dura 2 mois. Après sa sortie, le malade se porta relativement bien jusqu'en novembre 1886 ; il n'éprouvait que de légères douleurs de la région lombaire gauche. Le 1er novembre 1886, il fut pris d'une nouvelle hématurie et vint le surlendemain se faire admettre dans le service du Dr V. Desmeth. Voici le résumé de son observation jusqu'au moment de son transport dans mon service.

Le malade dit qu'il a maigri depuis un an. Il a eu de fréquents accès de fièvre. Il n'a cependant pas l'aspect cachectique. Les urines étaient sanguinolentes lors de son entrée. A l'inspection du flanc gauche, celui-ci paraît plus développé que normalement. On y sent une tumeur assez bosselée, de la grosseur de 2 poings, très mobile, très douloureuse à la pression et ne subissant pas de déplacements par les mouvements respiratoires. Toute la région rénale est plus mate à gauche qu'à droite. Cette matité se distingue de la matité de la rate par la percussion à fond ; elle va jusqu'à l'os iliaque. La matité de la rate est superposée à celle du rein, mais son extrémité antérieure ne va pas jusqu'à la ligne axillaire antérieure, tandis que celle du rein s'avance en avant. L'angle spléno-rénal se trouve sur la ligne axillaire, au niveau de la 2e côte. Les urines, alors qu'elles ne renferment pas de sang, sont albumineuses, sans cylindres. Le malade éprouve parfois des lançures dans sa tumeur ; il n'a jamais eu de coliques et n'a aucun antécédent héréditaire. Les fonctions digestives, respiratoires, nerveuses, circulatoires, sont normales. L'artère radiale est légèrement athéromateuse.

Trouvant que ce cas relevait de la chirurgie, le professeur Desmeth fit transporter le malade dans mon service, le 11 novembre 1889.

A cette époque, les urines étaient sanguinolentes. Le sang augmentait en abondance à la suite de chaque examen, de chaque palpation je faisais. Il était facile de constater, par la palpation, la présence d'une tumeur mollasse, bosselée, de la grosseur de deux poings, très mobile. On la refoulait aisément dans la région lombaire; on la faisait tout aussi facilement arriver dans l'abdomen,au point de la faire dépasser la ligne médiane. La région sus-claviculaire gauche est gonflée légèrement; on y constate quelques ganglions.

Diagnostic. — Tumeur sarcomateuse du rein gauche,très mobile et très volumineuse.A partir du 21,jusqu'au moment de l'opération, les urines furent soigneusement analysées. La moyenne de l'urée excrétée en 24 heures est de 17 gr. 02. Ce chiffre est favorable et indique qu'une opération peut avoir d'excellents résultats, car il est probable que le sarcome ne récidivera pas, que c'est une affection locale en un mot.

29 novembre. — Je procédai à un examen minutieux du malade avec le professeur Desmesth, si compétent dans l'art de percuter et d'ausculter. A la percussion du flanc gauche, nous constatons que la rate occupe sa place normale, que son extrémité antérieure s'arrête sur la ligne axillaire moyenne. La matité du rein, qui se continue dans sa partie supérieure avec celle de la rate, se prolonge vers l'ombilic jusqu'à 4 centimètres environ de la ligne médiane. La tumeur n'est pas mobile dans les mouvements respiratoires; il est cependant possible de la refouler par la pression sur l'abdomen dans l'hypocondre gauche. Depuis hier, le malade urine du sang, ce qui se produit chaque fois qu'il fait de grands mouvements ou qu'on l'examine.

Opération. — L'opération fut fixée au 1er décembre.Elle fut pratiquée par la voie lombaire Toutes les précautions antiseptiques furent minutieusement observées. Le patient fut profondément endormi et transporté sur la table d'opérations de Julliard, de Genève. Il fut couché sur le côté droit; quelques coussins placés sous le flanc faisaient bomber la région lombaire gauche. Celle-ci fut soigneusement lavée et désinfectée. Je pratiquai une incision à 8 cm. des apophyses épineuses, parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire dont elle était éloignée d'environ 1 cm. Cette incision, comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficialis, partait de la 12e côte et descendait verticalement jusqu'à

1 cm. de la crête iliaque; là, elle se recourbait, devenait antérieure et se dirigeait obliquement en avant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure (incision de Verneuil). Le feuillet qui recouvre la masse des muscles vertébraux fut incisé ainsi que le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse. J'arrivai ainsi sur le bord externe du carré des lombes. Ce dernier muscle fut détaché de ses insertions iliaques, dans une étendue de 2 à 3 cm. Le feuillet profond de l'aponévrose du transverse fut ensuite incisé et je tombai directement sur la capsule adipeuse du rein. Cette capsule étant ouverte, je détachai prudemment avec le doigt le rein de ses enveloppes adipeuses. Une hémorragie légère en nappe nécessita l'application de quelques pinces de Péan. J'essayai alors d'énucléer la tumeur, j'agrandis mon ouverture par sa partie supérieure avec un bistouri boutonné; je m'aperçus alors que la 12e côte était loin d'avoir sa longueur normale; l'ouverture fut alors augmentée par le bas, les doigts de la main gauche protégeant le péritoine. La tumeur s'énucléa dès lors facilement. Un gros fil de catgut fut jeté sur le hile, et le rein, gros comme une tête d'enfant, fut ensuite détaché. Les quelques vaisseaux qui donnaient furent liés, la cavité fut largement lavée avec la solution forte phéniquée et deux drains furent placés : l'un dans l'angle supérieur, l'autre à la partie inférieure. Au moment où je plaçais ce dernier, l'opéré, qui avait cessé d'être complètement chloroformé, fut pris d'un violent effort de vomissement; on entendit un sifflement, les attaches de la plèvre et du diaphragme venaient de se déchirer tout près et parallèlement à la 11e côte, à 2 ou 3 millim. du bord. Il y avait là une ouverture elliptique, longue d'environ 5 cm., large à peu près de 2 cm. C'était une véritable fenêtre par laquelle on distinguait très facilement l'intérieur de la cavité pleurale: je suturai immédiatement cette ouverture. J'y appliquai six points de suture, en adossant la séreuse à la séreuse (points de Lembert), ce qui fut assez difficile, en raison du peu de tissu qui adhérait à la côte. La cavité pleurale était ainsi refermée, je réunis les bords de la plaie par de nombreux points de suture au catgut et un pansement composé de larges coussins de Wolzwohl au sublimé fut appliqué et maintenu par un bandage de corps fortement serré. L'opéré fut reporté dans son lit; l'opération avait duré 40 minutes en tout. Le pouls était alors à 25 au 1/4 et la respiration à 36 à la minute.

A 11 h. du matin, l'opéré était complètement réveillé; il eut un

vomissement noirâtre; on lui prescrivit du champagne glacé. De 11 h. à 2 h., le malade eut 3 ou 4 accès de toux avec crachats blancs, grisâtres; il était calme, il sommeillait et ne se plaignait que d'une légère douleur existant au côté gauche, et au-dessous de la clavicule de ce côté.

6 heures du soir. — Il a uriné un peu. Les urines sont très sanguinolentes. La douleur sous-clavière persiste. P = 95 à la minute. R. = 30. T = 37° 5.

9 heures du soir. — Les vomissements sont assez fréquents. Le pansement qui est souillé est renouvelé par mon adjoint; on lui fait une injection de morphine et on lui prescrit la potion de Rivière.

2 décembre, 10 heures.— La nuit a été assez bonne. Le sommeil a été calme, interrompu de temps en temps par des vomissements provoquant de violents efforts. Le malade a uriné depuis la veille 230 gr. d'urine sanguinolente : il tousse un peu; il n'est pas gêné par la respiration; la soif est vive. P = 120.

Traitement.—Injection de 0,02 de morphine; un lavement composé de 2 gr. de chloral, de 30 gouttes de laudanum et de 50 gr. d'eau lui sera donné toutes les 2 heures, si les vomissements continuent.

6 heures du soir. — L'opéré a dormi plusieurs heures. Les vomissements sont beaucoup moins violents. T = 38°2.

3 décembre, 10 heures. — Nuit calme, sommeil interrompu par du hoquet et quelques vomissements. P = 120. T = 36°8. Il a uriné dans les 24 h. 250 gr. d'urine foncée, jaune, très acide. L'opéré se couche indifféremment sur les 2 côtés, de préférence sur le côté opéré; la respiration est normale. Prescription : trois lavements ut supra dans la journée.

6 heures du soir. — P = 27 au 1/4. T. 37°4.

4 décembre, matin. — La nuit a été excellente; les vomissements et le hoquet ont cessé. L'état général est très bon ; l'opéré a uriné 1,500 gr. d'urines claires sans aucune trace d'albumine. Le pansement est renouvelé; sous l'influence des efforts de vomissements, les points de suture réunissant les lèvres de la plaie ont cédé en partie à la partie inférieure; il en résulte une vaste cavité béante, mais d'un bon aspect. Le pansement est rapidement replacé et nous examinons alors l'état de la poitrine. Le côté droit se développe mieux que le côté gauche (à cause du pansement, l'examen n'est fait qu'à la partie antérieure et supérieure de la poitrine). Il n'existe pas de différence notable dans le son de la percussion, sauf un peu

plus de tympanicité à gauche, où les vibrations sont diminuées et où la respiration est à peine perceptible. La voix n'est pas amphorique, elle présente une diminution des vibrations. La sonorité ne monte pas plus haut à gauche qu'à droite; il n'existe pas d'oppression. La toux est très peu fréquente; on ne constate pas de refoulement du cœur. Dans toute la périphérie du sommet du poumon, on perçoit à peine la respiration. Au niveau de la partie moyenne de l'omoplate, on entend déjà la respiration. Il semble que l'air occupe encore les parties périphériques et refoule le poumon. T. = 38°2. Soir T = 38°8.

A partir de ce jour, l'opéré marche rapidement vers la guérison.

6 décembre. — Il prenait du lait, des œufs, des légumes; il avait dormi toute la nuit. Le pansement fut renouvelé et les bords de la plaie rapprochés par une suture sèche au collodion iodoformé. Un seul drain fut laissé à la partie supérieure. A l'auscultation, on constatait un peu de souffle au sommet du poumon gauche. P = 24 au 1/4. T = 38° 6.

8 décembre. — Le pansement est souillé, il est renouvelé ; la suture sèche a cédé, la plaie est béante ; on aperçoit dans le fond le côlon descendant. Les lèvres de la plaie sont alors réunies par cinq points de suture en fort fil de soie phéniqué. Le tout est consolidé par 2 fortes sutures sèches. P. = 84 à la minute, intermittent. T. = 38°.

Du 9 au 13 décembre. — Rien de bien intéressant à noter.

13 décembre. — Nous examinons la poitrine. La respiration est revenue dans la partie inférieure du poumon gauche, ainsi que dans sa partie antérieure et inférieure. Dans la partie antéro-supérieure, elle n'est presque pas perceptible ; il en est de même dans la partie postéro-supérieure. Il n'y a cependant qu'une petite partie du sommet où l'on n'entend absolument aucun bruit. La suppuration est assez abondante ; on fait des injections au sublimé dans la plaie. T. = 38°2. A partir de cette date, l'observation devient peu intéressante et je ne crois pas devoir la rapporter en détail. L'opéré eut de temps en temps un vomissement lorsqu'il avait trop mangé.

31 décembre. — La cicatrisation de la plaie était presque complète.

7 janvier. — Il se leva pour la première fois. Quelques jours après, la guérison était parfaite.

Comme il n'avait ni emploi, ni ressource, je le conservai dans mon service jusqu'au 12 avril.

10 juin. — Mon opéré est venu me voir, il se portait admi-

rablement bien et partait pour Ostende pour y faire la saison comme garçon de café. Les urines ont été analysées presque tous les jours jusqu'au 31 décembre.

En résumé, il y a eu 27 analyses d'urine complètes, qui nous donnent une moyenne de 17 gr. 99 d'urée excrétée par 24 heures. En présence de ce résultat, il est pour moi certain que la récidive de cette tumeur sarcomateuse n'est pas à redouter.

Examen de la tumeur. — Elle pèse 610 gr. Volume d'une petite tête d'enfant.

Diagnostic histologique. — Sarcome globo-fuso-cellulaire encéphaloïde.

Pronostic. — Défavorable (au point de vue anatomo-pathologique seulement, car au point de vue clinique, l'examen des urines donne un pronostic très favorable).

Observation XIX. — **Obstruction intestinale; laparotomie. — Sarcome du rein gauche comprimant l'intestin. — Néphrectomie transpéritonéale.** — *Mort de choc.*

(Maurice Jeannel. — Congrès de chirurgie. Paris, 1886. — In thèse Chevalier).

Le 19 juin 1886, à 5 heures du soir, je fus prié par M. L..., interne provisoire à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, de voir, en l'absence de son chef de service, un malade atteint d'obstruction intestinale. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, B... Baptiste, domestique, entré à l'hôpital le 17 juin 1886. Point important à noter, c'est un pauvre d'esprit, presque un idiot.

Antécédents. — Ses antécédents pathologiques sont : il a été soigné, à l'hôpital de Toulouse, pour syphilis du 26 janvier 1886 au 25 février 1886. Il est entré en médecine, service de M. le professeur Bonnemaison, du 22 mars au 9 avril 1886 ; il accusait alors des phénomènes bizarres, se plaignait de l'estomac, disant qu'il avait un chancre stomacal ; quoi qu'il en soit, son billet de sortie ne porte pas de diagnostic. Enfin j'ai appris plus tard, au moment même où il était couché sur la table d'opérations, qu'il avait été soigné en ville, un an auparavant, pour des phénomènes d'obstruction intestinale, ayant succédé à une débauche de figues, qui avaient été attribués à une entérocèle de la ligne blanche, située au-dessus de l'ombilic, et avaient cédé au traitement médical au bout de 48 heures.

Ainsi personne n'avait jamais parlé, on ne s'était jamais douté de

l'existence antérieure d'une tumeur abdominale,et quant au malade lui-même, déjà dénué d'intelligence, il était, au moment où je le vis, dans un état de souffrance et d'agitation tel qu'il était incapable de donner le moindre renseignement précis et qu'il n'en donna pas en effet.

Voici cependant ce qui me fut raconté par l'interne. Le lundi 14 juin, le malade dit avoir mangé une grande quantité de pommes de terre; le lendemain 15, il fut pris de violentes coliques et ne put aller à la selle; il affirme aussi n'avoir pas rendu de gaz par l'anus depuis ce temps-là. Puis le ventre se tendit, se ballonna.

Le 17, les phénomènes ayant persisté, il entra à l'hôpital. Le ventre était alors très ballonné; l'interne constata dans le flanc gauche, une masse pâteuse, douloureuse, mate, s'étendant vers la région épigastrique, au-dessus de l'ombilic, dans la région du côlon transverse et descendant même dans le flanc gauche,sur le trajet du côlon descendant. Cette tumeur avait le volume des 2 poings, le ballonnement du ventre empêchait d'en suivre les limites profondes. Le malade avait des hoquets, bientôt suivis, le 18, de vomissements, dont la nature fécaloïde fut bien reconnue. On prescrivit un traitement médical: purgatifs qui redoublèrent les vomissements; lavements d'eau de seltz; onctions belladonées; électrisation avec un rhéophore dans le rectum, l'autre sur l'abdomen au niveau de la tumeur; enfin un lavement purgatif avec du séné, du sulfate de soude, et de l'huile de croton. Celui-ci fut rendu avec du liquide intestinal, sans matières fécales.

Je vis le malade le 19, dans la soirée. Il urinait seul, n'avait pas froid (T. 37°8); le pouls était régulier, normal; la langue et le nez étaient chauds, la physionomie exprimait la souffrance; le malade se plaignait vivement, pleurant et se tordant dans son lit. Le ventre était ballonné et très tendu. On sentait dans le flanc gauche, sous le rebord costal, une tumeur du volume des deux poings, étendue d'un côté vers la région sus-ombilicale, dans la direction du côlon transverse; d'un autre côté, vers le flanc gauche, dans la direction du côlon descendant.Cette tumeur, entourée en dedans,vers la ligne médiane et l'épigastre, en dessus sur les côtes et en dehors vers la région lombaire, par une zone de sonorité tympanique, ne pouvait être exactement délimitée. En bas et tout à fait en arrière,près de la colonne, il y avait de la matité. La tumeur était régulière, rénitente, mais tellement douloureuse que l'exploration complète en était im-

possible: le ventre était du reste douloureux au toucher dans toute son étendue. Le malade avait des hoquets, des nausées; il y avait à la tête de son lit un bassin contenant des matières vomies, de couleur jaune et odorantes. La quantité d'urine rendue n'a pu être appréciée, le malade urinant dans son lit. Le malade disait n'avoir pas rendu de gaz par l'anus depuis son entrée.

Etant donnés les renseignements qui m'étaient fournis, j'éliminai l'idée d'un étranglement interne par invagination ou par bride, et je portai le diagnostic d'obstruction intestinale à forme chronique, sans trop m'en expliquer la cause. Il existait bien, au niveau de la ligne blanche ou de l'ombilic, une hernie épiploïque, mais celle-ci n'était ni tuméfiée, ni particulièrement douloureuse, et n'avait aucun rapport avec la tumeur.

Qu'était donc cette tumeur? Une masse fécale? Je l'admis, faute de meilleure hypothèse, étant données l'absence d'antécédents connus et la notion de la débauche de pommes de terre avouée par le malade. J'insiste, du reste, sur ce point, que celui-ci ne nous disait point posséder une tumeur dans le ventre avant l'explosion des accidents actuels. Quoi qu'il en soit, je ne vis pas urgence à opérer, vu les allures lentes des accidents. Je fis renouveler le lavement purgatif au séné, au sulfate de soude et à l'huile de croton (trois gouttes), en prescrivant à l'interne de l'administrer lui-même, à l'aide d'une sonde œsophagienne très molle, portée le plus haut possible dans l'intestin. Celle-ci pénétra à 55 cm., là elle fut arrêtée; si on la poussait plus avant, l'irrigation ne marchait pas; si on la retirait un peu, l'irrigateur fonctionnait; il semblait donc bien prouvé par là qu'il existait réellement une obstruction du côlon descendant. Le lavement fut rendu tel quel.

Dimanche 20 juin. — L'état du malade était le même; toutefois, il n'y avait pas eu de vomissements, mais un hoquet continuel depuis la veille. T.: 37°3. Pouls: 95. Je prescrivis 10 centigr. d'extrait alcoolique de belladone, en 5 pilules, à prendre une toutes les demi-heures, puis un nouveau lavement; le tout précédé d'un lavage de l'estomac. Il n'en résulta pas d'amélioration bien sensible.

Lundi 21 juin. — Le ventre est un peu moins tendu, et la tumeur, mieux explorable, apparaît bien grosse et bien profonde, si bien que l'hypothèse d'une tumeur stercorale soulève des doutes. Le patient réclame à tout prix du soulagement. Aucun signe urinaire.

Opération. — J'opère, assisté de MM. les Drs Dupin, Dupau et Bézy,

médecins et chirurgiens des hôpitaux de Toulouse, et des élèves du service. Antisepsie rigoureuse. Incision sur la ligne blanche, d'environ 10 cm. L'hémostase faite, ouverture du péritoine, l'intestin grêle ballonné fait aussitôt hernie en masse, sans qu'il soit possible de le contenir ; il est enveloppé de linges chauds et confié aux soins de M. Bézy. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. J'essaie d'introduire la main dans le ventre, sans y parvenir, vu la tension des parois et la place occupée dans l'incision par l'intestin. Après agrandissement de l'incision, l'intestin étant protégé, j'introduis la main vers la gauche et je trouve une tumeur du volume d'une tête d'enfant, lisse, sillonnée de vaisseaux, bridée par une bande longitudinale tachée de noyaux graisseux et qui tient la place du côlon descendant. Je considère que c'est une bien grosse masse pour être l'intestin. En haut, elle va sous les côtes, en arrière vers la colonne où elle semble solidement fixée; en dedans elle est appliquée contre le mésentère et se confond avec lui dans la profondeur. Je cherche à reconnaître ses rapports avec l'intestin, mais ne puis y arriver, tant la manœuvre de la main dans l'abdomen est difficile, en raison du peu d'espace donné par l'incision dont les lèvres sont fortement tendues et qui cependant mesure actuellement au moins 20 cm.

Je me décide alors à pratiquer une incision transversale perpendiculaire à la précédente. La tumeur est ainsi accessible : pas de rapport avec le côlon transverse, qui file en haut et en arrière d'elle; je constate seulement qu'elle est partiellement logée dans le mésentère qu'elle dédouble; mais la majeure partie est développée en dehors de ce feuillet. Comme il existe une certaine fluctuation, je pratique une ponction avec le gros trocart; un peu de sang noir s'écoule, mêlé de quelques grumeaux grisâtres analogues à des caillots anciens d'anévrysme. Il ne s'agit pourtant pas assurément d'un anévrysme; il ne s'agit pas non plus d'une tumeur née primitivement dans le mésentère, car il n'existe ni ascite, ni adénopathie, et la tumeur ne siège que partiellement entre les 2 feuillets du mésentère, elle est en grande partie logée dans la gouttière vertébrale. Je m'arrête au diagnostic de tumeur du rein infiltrée dans le mésentère.

Il est du reste facile de voir que la tumeur est encapsulée dans une coque de tissu lardacé. Je déchire cette coque, qui a environ un demi-centimètre d'épaisseur, de haut en bas, parallèlement à la colonne vertébrale; puis, prudemment, lentement, liant tout ce qui saigne ou menace de saigner, je décortique avec la main la masse

néoplasique d'abord en dedans, puis en bas, en dehors et en haut. J'arrive en bas sur un gros cordon, je le sectionne entre deux ligatures, c'était l'uretère. En continuant, j'arrive péniblement à former un pédicule, dirigé vers la colonne vertébrale et contenant deux grosses veines et une grosse artère. Ces vaisseaux sont isolés et liés avec du gros catgut. Trois coups de ciseaux libèrent alors la tumeur, qui est enfin enlevée. Je découvre en arrière et au-dessus, le côlon, comprimé, noirâtre, mais non sphacélé. Les débris de la capsule sont liés et reséqués de tous les côtés. L'épiploon est lié et reséqué; la cavité abdominale est soigneusement nettoyée; deux gros drains sont placés dans la partie déclive. L'intestin est péniblement rentré. Suture de la peau. L'opéré était faible et un peu froid; 10 seringues d'éther de 1 gr. chacune furent injectées sous la peau pendant le cours de l'opération, dont la durée avait été de 1 h. 1/2. Le pouls se releva.

4 heures du soir. — Réaction complète. Cathétérisme qui amène 300 gr. d'urines foncées en couleur. Un peu de hoquet. P. : 112. T.: 37°8. Cathétérisme toutes les 2 heures. Délire à partir de 10 heures du soir.

22 juin. — Mort à 4 heures du matin.

Autopsie. — Autopsie absolument négative, ni hémorragie, ni péritonite.

L'intestin entier était intact; mais le côlon descendant portait encore des traces de compression. La tumeur a le volume d'une tête d'enfant de 10 à 12 ans. Elle a conservé à peu de chose près la forme d'un rein avec son hile, mais elle offre 3 grosses bosselures du volume d'un œuf ou d'une orange. Elle est enveloppée dans une gaîne fibreuse, qui est la capsule propre du rein. Elle a une consistance inégale, ferme en certains endroits, au voisinage du hile, pâteuse et molle en d'autres, surtout sur les bosselures. Sur une coupe dirigée suivant le plus grand diamètre, on constate un tissu néoplasique fondamental, ferme au toucher, dissocié par plusieurs kystes, les uns, gros comme une orange, les autres, gros comme un œuf ou une noix. Le tissu néoplasique qui a remplacé toute la substance propre du rein est surtout condensé au niveau du hile. Dans les kystes, on trouve tantôt une substance grisâtre disposée en couches stratifiées, tantôt la même matière, creusée au centre d'une cavité, renfermant un magma puriforme et rougeâtre, tantôt enfin de véritables caillots rouges d'aspect encore gélatineux.

Le microscope montre que le contenu des kystes n'est autre que des caillots sanguins, plus ou moins dégénérés. Le tissu fondamental est constitué par du sarcome à cellules rondes, pourvu de nombreux vaisseaux. Quelques-uns de ces vaisseaux sont même rompus, d'où des épanchements sanguins récents ; d'autres sont obstrués, d'où des infarctus. Il est fort difficile de reconnaître les tubes rénaux ; on les retrouve cependant en certains points, comprimés et obstrués par un bouchon muqueux.

En résumé, il s'agit d'un sarcome du rein, pourvu de nombreux et de gros kystes sanguins : les uns récents, les autres anciens.

Observation XX. — Sarcome fusiforme du rein droit.

(Rovsing. In thèse Héresco).

Homme, 59 ans ; en janvier 1893, hématurie spontanée sans douleurs qui persista plusieurs mois, quoique le malade gardât le lit jusqu'au mois d'avril.

Une crise de douleurs fortes dans la région rénale droite après une fatigue.

Examen. — Cachexie. Pôle inférieur du rein droit palpable. Examen de la vessie négatif. Urines acides, uniformément teintées par le sang. Par la centrifugation : cellules fusiformes.

L'examen urétéroscopique n'a pas réussi.

Opération, 27 juin 1893. - Incision oblique droite. Néphrectomie.

Examen de la tumeur. — Sarcome fusiforme primitif du rein.

Guérison jusqu'au 15 septembre 1895.

Bien jusqu'au 4 février 1897, quand se produit une récidive dans la cicatrice. Réunion ; pas de récidives dans les ganglions lombaires. Communication écrite de l'auteur.

Observation XXI. — Sarcome énorme du rein gauche.

(Rovsing. Communication écrite de l'auteur. — In thèse Héresco).

Homme, 55 ans. Sarcome énorme du rein gauche. Extirpation lombo-péritonéale. Mort 10 heures après, d'embolie au cœur.

Observation XXII. — Sarcome énorme du rein droit.

(Rovsing. In thèse Héresco).

Femme, 36 ans. Sarcome énorme (grandeur d'une tête d'homme) du rein droit. Extirpation par la laparotomie, le 17 juin 1896.

Bien portante, sans récidive, 2 ans et 4 mois après.

Observation XXIII. — Sarcome du pôle inférieur du rein.

(Rovsing. In thèse Héresco).

Mme K..., 43 ans. Sarcome du pôle inférieur du rein droit. Extirpation, le 30 avril 1897.

Bien portante, sans trace de récidive, 1 an et 5 mois après.

Observation XXIV. — Sarcome du rein gauche.

(Rovsing. In thèse Héresco).

Homme, 30 ans. Sarcome du rein gauche. Extirpation le 29 septembre 1898.

Résultat immédiat bon.

Observation XXV. — Sarcome du rein gauche.

(Rovsing. In thèse Héresco).

Homme, 30 ans. Sarcome du rein gauche. Extirpation le 29 septembre 1898.

Résultat immédiat bon.

Observation XXVI. — Sur l'extirpation des reins dans les tumeurs malignes.

(Max Jordan. In thèse Héresco. — Beiträge z. klin. Chirurg., XIV Band, 1895, 3 Heft, p. 537. — Clinique chirurgicale de Heildelberg du professeur Czerny.)

Homme, 46 ans. En 1886, douleurs à forme de coliques néphrétiques gauches, s'irradiant vers la vessie. Depuis ce temps-là, l'hématurie était presque constante, sauf quelques intervalles d'une à deux semaines.

De temps en temps, des caillots sanguins rendus sans douleurs. Parfois de la fièvre et des frissons.

En septembre 1889, cystite.

Examen clinique, octobre 1889. — Les urines sanguinolentes contenaient de l'albumine, beaucoup de leucocytes et des hématies. Pas de tumeur. Le malade entre en janvier 1890, parce que la douleur et les hématuries persistaient. Nouvel examen : pas de tumeur, mais, en faisant un lavage de la vessie, on a découvert des débris composés de cellules épithéliales.

L'examen cystoscopique a décelé un polype près de l'uretère gauche.

Opération. — Après avoir trouvé en apparence la source de l'hématurie, on a fait la taille hypogastrique, le 23 janvier 1890, et extirpé le polype. Suture, guérison. Mais les urines, malgré le lavage, restaient albuminuriques et l'hématurie continue après l'opération.

Attention dirigée vers le rein. Mais comme un examen des reins n'a pas pu déceler quel rein était malade, on a fait de nouveau la taille hypogastrique, le 10 novembre 1890, et le cathétérisme des uretères, et on a trouvé que le sang provenait de l'uretère gauche. Tumeur dans le pôle supérieur, qui proémine dans le bassinet.

Diagnostic. — Angio-sarcome.

Le malade est sorti en mai 1891.

Guérison complète pendant deux ans et demi ; en novembre 1892, hématurie spontanée, non douloureuse, persistant pendant 9 jours. Depuis ce temps, des hématuries modérées revenaient dans l'intervalle de quelques mois.

Examen le 25 juin 1895. — La cicatrice lombaire normale. Rein droit non augmenté de volume. Urines troubles pas d'albumine, pas d'éléments rénaux. Douleurs lombaires de temps en temps.

(Cette hématurie provient probablement de la vessie.) — (Note de l'auteur.)

La guérison persiste en 1895 ; 5 ans et demi de survie.

Observation XXVII. — Sur l'extirpation des reins dans les tumeurs malignes.

(Max Jordan. In thèse Hérescu. — Beiträge z. klin. Chirurg. XIX Band, 1895, 3 Heft, p. 587. — Clinique chirurgicale de Heidelberg du professeur Czerny.)

Femme, 48 ans. En janvier 1892, après un refroidissement, au dire de la malade, sont apparues de fortes douleurs abdominales avec hématuries.

En mars, nouvelles hématuries avec des douleurs, maintenant localisées à droite, et on a constaté une tumeur dure dans l'hypocondre droit. En avril, une troisième hématurie ; depuis ce temps, amaigrissement et douleurs dans l'extrémité inférieure droite, pendant les mouvements. Dans l'intervalle des hématuries, urines sans albumine.

Examen le 26 avril 1892. — Urines normales. A cause de la défense abdominale, examen sous le chloroforme ; on a trouvé une tumeur droite, bosselée, grosse comme le poing, derrière le côlon. Après cet examen, les urines ont été sanguinolentes pendant 24 heures.

4 mai. — Urines claires, sans albumine.

Diagnostic. — Tumeur maligne du rein droit.

Opération. — Incision longitudinale sur le bord externe du muscle droit du côté droit. Extirpation du rein droit et d'un ganglion augmenté de volume.

Examen. — Le rein extirpé pèse 570 gr. La partie supérieure est gonflée, bosselée. La tumeur a percé la capsule propre vers la capsule adipeuse.

Examen microscopique. — Angio-sarcome.

Guérison opératoire.

La malade, sortie de l'hôpital, est morte trois mois et demi après l'opération, par métastase.

Observation XXVIII. — **Sur l'extirpation des reins dans les tumeurs malignes.**

(Max Jordan. In thèse Héresco. — Beiträge z. klin. Chir. XIV Band, 1895, 3 Heft, p.587. — Clinique chirurgicale de Heidelberg du professeur Czerny.)

Femme, 50 ans; en hiver 1892, urines sanguinolentes. En été 1893, douleurs lombaires gauches et constatation de la tumeur. Depuis Pâques 1894, les douleurs lombaires sont devenues très fortes, mais l'hématurie a presque cessé. Entrée à la clinique le 26 juin 1894.

Examen. — Cachexie. Urines très troubles, avec albumine, pas de sang, grande quantité de leucocytes. La palpation, qui était difficile à cause de la paroi abdominale, montre une résistance sensible dans l'hypocondre gauche.

Diagnostic. — Pyonéphrose gauche probable.

Opération le 28 juin 1894. — Incision lombaire oblique de 14 cm. Extirpation du rein. — La surface postérieure montre une tumeur grosse comme le poing. — Bassinet dilaté.

Examen microscopique. — Angio-sarcome. La femme est sortie le 27 juillet avec une plaie presque cicatrisée et ne présentant aucun symptôme morbide, sauf des douleurs droites, frontales, à répétition fréquente. Quelques jours après la sortie, ablation de la rétine : métastase dans l'œil droit avec des symptômes de glaucome, et métastases sous formes de nodules cutanés des seins, plus tard des extrémités inférieures, et dans quelques semaines le tronc et les membres étaient complètement recouverts par des noyaux néoplasiques.

En novembre 1894, métastase dans le foie et métastase dans l'os frontal droit, qui a produit des symptômes de compression cérébrale, mais le rein droit n'était pas augmenté et les urines n'étaient pas sanguinolentes.

Mort le 26 août 1894, cinq mois après l'opération.

Observation XXIX. — **Sur l'extirpation des reins dans les tumeurs malignes.**

(Max. Jordan. In thèse Heresco. — Beiträge z. klin. Chir. XIV Band, 1895, 3 Heft. p. 587. Clinique chirurgicale de Heidelberg du professeur Czerny).

Homme 44 ans. Depuis le printemps 1894, douleurs lombaires ; constipation et sensation de fatigue. — En avril 1894, première hématurie spontanée. Une seconde en juin, une troisième en juillet, cette fois avec des caillots. Chaque hématurie a duré une demi-journée.

Vers la fin d'octobre, après une forte palpation médicale, une quatrième et une cinquième hématurie quelques jours plus tard, après une rapide montée d'escalier. Ces hématuries étaient accompagnées de douleurs rénales droites et dans les urines on a trouvé des débris ressemblant aux chairs.

Examen le 13 décembre 1894. — Anémie. Coloration bronzée de la peau, principalement à la face, aux mamelons et aux parties génitales. Affaiblissement. Tumeur droite, grosse comme deux poings, dure, ovoïde, un peu sensible, mobile avec l'inspiration, s'étendant en bas jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, en haut bien délimitée au foie. Urines normales. Rein gauche un peu abaissé, palpable.

Diagnostic. — Tumeur du rein droit et sarcome probable. Symptômes de la maladie d'Addison.

Opération, 16 décembre 1894. — Incision lombaire oblique. Déchirure du péritoine, suture de suite après. Extirpation difficile.

Examen. — Angio-sarcome.

Guérison, sauf une fistule.

Au mois de décembre 1894. — Métastase dans les poumons.

Février 1895. — Néphrite hémorragique du rein restant. Métastase du foie et de la rate. — Mort trois mois et demi après l'opération.

Observation XXX. — Sarcome du rein. Néphrectomie abdominale.

(G. H. Hume. — In thèse Héresco.— *Lancet*, London, janvier 1893, p. 196.)

Homme, 41 ans, perdant du poids depuis un an.

Il y a trois mois, pour la première fois, douleur dans le côté gauche. Douleurs qui traversent le corps et descendent jusqu'à la hanche. Quelques semaines avant son admission, son médecin découvrit une grosseur dans le côté gauche.

Examen. — Tumeur dans l'abdomen, grosseur d'une tête fœtale, sous le rebord des côtes à gauche. Masse nodulaire et dure, avec contour irrégulier, bien défini en bas et se perdant en haut sous les côtes. Percussion : une large bande tympanique à la surface antérieure de la tumeur. Urines normales.

Opération 31 octobre. — Incision latérale oblique transpéritonéale. Abdomen ouvert, on trouve que la tumeur est dans le rein gauche. De l'incision première, on en fait une seconde, divisant toute la paroi abdominale, péritoine inclus. Le péritoine couvrant le rein décollé. Néphrectomie. Guérison.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes, développé à la partie supérieure du bord concave, de telle sorte que le tissu rénal recouvrait la face postérieure de la tumeur.

Observation XXXI. — Néphrectomie pour sarcome

(Sullivan. In thèse Héresco. — J. Am. Assoc. Chicago, xviii, p. 38, 1892.)

Jeune fille, 17 ans. Pas d'antécédents héréditaires, mère morte d'affection du rein, avec hydropisie.

La malade souffre de troubles nerveux vésicaux, depuis son enfance. En 1889, à 16 ans, douleurs dans la région lombaire droite, s'étendant en avant, dure, sensible à la pression.

Opération. — Incision de Czerny, du bord de la dernière côte, correspondant avec le bord externe du carré des lombes, jusqu'au-dessus de la crête iliaque, avec incision complémentaire transverse allant en avant. Rein gros, dur. Néphrectomie, ligature à la soie du pédicule. La malade supporte l'opération très bien. Quantité d'urine dans les 24 heures suivantes : 1800 grammes.

Examen microscopique. — Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes, bien dessinées, ayant envahi la plus grande partie de l'organe. La partie supérieure de cette masse est nécrosée. Une ulcération large et profonde se voyait au centre de la masse.

Il y a 20 mois que la néphrectomie a été faite et jusqu'à présent il n'y a pas de récidive.

Observation XXXII. — **Sarcome du rein, néphrectomie transpéritonéale. — Avantages de la position de Trendelenburg dans le diagnostic de certaines tumeurs abdominales.**

(Dr Deletzez (Brux.)., Annales de la Société belge de Chirurgie, janvier 1898.)

Le principal intérêt de cette observation consiste dans une erreur de diagnostic reconnue au moment de l'opération, grâce à la position de Trendelenburg.

Voici, en résumé, l'histoire de la malade.

Mme Julie S..., 52 ans, entre dans mon service à l'Institut chirurgical, le 6 juillet 1897 ; elle ne présente rien de particulier, quant aux antécédents héréditaires, physiologiques ou pathologiques ; menstruation toujours régulière, mais très abondante.

La malade ne peut préciser l'époque à laquelle remonte son affection ; c'est par hasard que, six semaines avant qu'elle ne se présente à ma consultation, elle s'est aperçue qu'elle portait une tumeur dans a fosse iliaque droite ; rien d'anormal du côté de la miction ; les urines ont toujours été normales comme quantité et comme aspect ; toutes les autres fonctions de l'organisme s'accomplissent régulièrement.

Donc, un seul symptôme : une tumeur dure, bosselée, située dans la fosse iliaque droite, tumeur d'une mobilité excessive et du volume d'une tête d'enfant, remplissant le cul-de-sac de Douglas,

faisant saillie au devant du pubis et déterminant un certain degré de prolapsus utérin.

L'examen,dans la position gynécologique ordinaire, nous fait diagnostiquer une tumeur solide de l'ovaire droit.

Opération. — L'opération a lieu le 7 juillet; la malade étant placée dans la position de Trendelenburg, la tumeur quitte la fosse iliaque droite et va se placer sous les fausses côtes.

Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, nous fait constater l'absence complète de tumeur dans le bassin, et le palper bimanuel nous fait découvrir que la tumeur dépend du rein droit.

Nous pratiquons la néphrectomie transpéritonéale sans aucun accident opératoire.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par le Dr Morelle, démontre qu'elle est de nature sarcomateuse; son poids est de 1500 grammes.

Les suites de l'opération furent bénignes, aucune élévation thermique; la quantité d'urine émise après l'opération s'est répartie comme il suit :

1er jour	732 gr.
2e jour	1.070 gr.
3e jour	730 gr.
4e jour	770 gr.
5e jour	760 gr.
6e jour et suivants, moyenne entre 1.000 et	1.200 gr.

L'analyse chimique ne présente rien d'anormal.

La malade quitté a l'Institut 15 jours après son opération, dans un état de santé florissant, qui s'est maintenu jusqu'à ce jour.

Comme on le remarque, cette tumeur rénale n'a présenté aucun des symptômes caractéristiques du sarcome.

Tout d'abord, situation anormale dans la fosse iliaque; ensuite, absence complète d'hématuries, de troubles dans la quantité et la qualité des urines, des douleurs lancinantes habituelles siégeant dans la région lombaire et s'irradiant dans le bas-ventre.

De là l'erreur de diagnostic, sans conséquence au point de vue de l'intervention chirurgicale, mais intéressante à signaler, erreur que la position inclinée de Trendelenburg a corrigée immédiatement.

Observation XXXIII. — Myxosarcome du rein gauche.

(Israel, *Arch. f. klin. Chirg.*, Bd. XLVII, Heft 2.)

Ida P..., 43 ans, entrée le 15 janvier 1891.

Diagnostic clinique. — Tumeur maligne du rein gauche.

Ablation par la méthode extra-péritonéale : incision transversale de 12 centimètres, à 2 travers de doigt au-dessous de la 12e côte. Date de l'opération, 30 janvier 1891.

Anatomie pathologique. — Myxosarcome. Poids 848 gr., longueur 16 centimètres, largeur 13 centimètres, épaisseur 7 centimètres 5.

La tumeur comprend la moitié inférieure du rein, la moitié supérieure libre coiffe le néoplasme à la façon d'un casque. Une coupe sagittale montre un tissu très riche en sérosité avec toutes les nuances de coloration du jaune pâle au rouge sombre. La masse myxomateuse est traversée par des travées étroites de tissu conjonctif séparant des zones d'un tissu sarcomateux blanc jaunâtre.

Guérie le 16 avril 1891.

Elle restait encore guérie en mai 1893.

Observation XXXIV. — Cystosarcome du rein gauche.

(Israel. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XLVII, Heft 2).

Julius G..., 51 ans. Entré le 7 juillet 1892.

Tumeur maligne du rein gauche.

Méthode opératoire. — Extra-péritonéale. Incision oblique de la pointe de la 12e côte à 2 travers de doigt de l'ombilic.

Opération le 16 juillet 1892.

Anatomie pathologique. — Cystosarcome ; diamètre longitudinal 20 cm., largeur 14 cm., épaisseur 10 cm. 1/2 (voir p. 32).

Guéri 22 août 1892.

Récidive. — Récidive locale bientôt après la guérison. Nodules dans la cicatrice.

Tumeur grosse comme un poing d'enfant dans la région du pédicule vasculaire. Ganglions dans le mésocôlon descendant.

Seconde opération incomplète, le 16 décembre 1892.

Guérison opératoire.

Mort en avril 1893, de récidive, 9 mois de survie.

Observation XXXV. — Sarcome du rein gauche.
(Israel. *Deut. med. Woch.*, 1896, nº 22, p. 345).

Femme, 43 ans, très amaigrie, pâle, très grosse.

Tumeur avec bosselures du rein gauche. Et sans difficulté on pouvait affirmer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, si l'on ne trouvait pas quelques symptômes qui ne concordaient pas : fièvre hectique, depuis plusieurs mois. Depuis trois mois des maux d'estomac, nausées, un ou plusieurs vomissements par jour. De l'examen de l'urine, on pouvait conclure, en dehors d'une tumeur maligne, à une néphrite.

Examen microscopique. — Sang dans les urines et des caillots, dans lesquels on trouvait des boulettes graisseuses granulées, d'une grandeur et d'une grosseur excessives, qui ne pouvaient être que de l'épithélium du rein dégénéré.

Beaucoup d'albumine, cylindres pâles, épithéliaux et granuleux, oligurie.

Opération. — Extirpation du rein sarcomateux. — Disparition de tous les symptômes. Guérison.

Le bassinet, les calices étaient envahis par le néoplasme.

La veine rénale était remplie par un thrombus sarcomateux, qui allait jusque dans la veine cave. Peut-être le passage du sang sur le néoplasme avait-il produit l'envahissement de l'organisme. La guérison, en effet, ne devait pas être durable, et la malade est morte bientôt après.

Avec la récidive sont apparus la fièvre, les nausées, les vomissements, ce qui montre la dépendance de ces symptômes de la croissance de la tumeur.

Observation XXXVI. — Sarcome du rein gauche.
(Israel. *Deut. med. Woch.*, 1896, n. 22, p. 345).

Homme, 48 ans, hématurie depuis un mois. Solide et bien portant jusqu'ici. Les hématuries se répètent depuis un mois : on observe une hématurie spontanée pendant une ou deux mictions et puis les urines sont normales. Une fois, après une hémorragie, sont apparus des caillots avec des douleurs lombaires, sans pouvoir localiser l'endroit.

Examen. — On trouve le rein droit non augmenté de volume.

A gauche, on ne pouvait pas palper sur le dos. En faisant coucher le malade sur le côté droit, et seulement au troisième examen, avec grandes difficultés et beaucoup de patience, en faisant respirer profondément le malade, on a pu sentir, sur la face antérieure du rein gauche, à deux travers de doigt au-dessus du pôle inférieur, une proéminence demi-sphérique, de la grosseur d'une grosse cerise.

Dans ce cas, le diagnostic était difficile, car le rein était très haut. En raison des hémorragies d'une fréquence inhabituelle, surtout étant donnés le petit volume et la limitation de la tumeur, je conclus que celle-ci avait dû traverser la substance médullaire et faire irruption dans un calice ou même dans le bassinet.

Le malade accepta l'opération seulement lorsqu'il vit survenir, dans les quatorze derniers jours, de fortes hémorragies.

Opération, 25 décembre 1895. — Néphrectomie. Guérison.

Sarcome caverneux.

Description macroscopique. — On voit à la surface antérieure du rein non augmenté de volume, à 3 cm. 7 millim. au-dessus du pôle inférieur, une proéminence demi-sphérique, du volume d'une grosse cerise. Cette proéminence est constituée par une tumeur molle, en partie ramollie, qui, passant à travers la substance médullaire, est venue faire hernie dans un calice et de là a fait irruption dans le bassinet, sous forme d'un mamelon conique.

La guérison persiste ; pas de récidive le 11 novembre 1893 : 3 ans de survie.

Lettre privée de l'auteur.

Observation XXXVII. — Angio-sarcome du rein droit.

(Israel, in thèse Hérescо. Communication écrite de l'auteur.)

Femme, 54 ans, angio-sarcome du rein droit. Opérée le 28 septembre 1894, sortie guérie.

La guérison persiste. Survie de 4 ans.

Observation XXXVIII. — Sarcome du rein gauche.

(Israel, in thèse Hérescо).

Femme, 52 ans. Sarcome endothélial du rein gauche.

Opérée le 2 mars 1897.

Morte de récidive.

Observation XXXIX. — Fibrosarcome du rein.

(Morris. — *British Medical Journal*, 7 janvier 1893, p. 2).

Mme D..., d'une constitution plutôt forte, âgée de 70 ans, une malade du Dr Cambridge, est sujette, depuis quelques années, à des attaques de coliques hépatiques, accompagnées de violentes douleurs dans la vésicule biliaire et de jaunisse. Depuis 2 ans, elle s'est aperçue qu'elle avait une tumeur dure et mobile, qui a été diagnostiquée par un médecin de Londres, comme la vésicule biliaire dilatée. Depuis plusieurs mois, elle a gardé le lit avec des douleurs dans la moitié droite de l'abdomen, des nausées, de la constipation et une augmentation croissante de la tumeur.

La tumeur est constituée par le rein droit augmenté de volume, elle est très mobile, son grand axe est dirigé transversalement. L'opération antérieure par l'incision de Langenbuch fut faite le 15 avril 1886.

La malade a vécu environ 18 heures après l'opération, avec une température qui a été graduellement en croissant depuis 36°, immédiatement après l'opération, jusqu'à 43°, trente minutes avant la mort.

Il n'y a pas eu d'émission d'urine, et l'on a recueilli seulement deux pleines cuillères à thé par le cathétérisme, une demi-heure avant la mort.

Il n'y a pas eu d'examen post-mortem, de sorte qu'on ignore l'état du rein opposé. Le rein extirpé était transformé en un fibrosarcome, avec de nombreux petits kystes à l'intérieur de la tumeur.

Observation XL. — Sarcome du rein.

(Morris)

Miss D..., 35 ans, malade de M. Henry Smith. Je l'ai vue en consultation avec M. Smith et avec le Dr Hayes.

Elle fut opérée par moi le 15 octobre 1889, pour une volumineuse tumeur, facilement mobile, s'étendant jusqu'à l'ombilic, non fluctuante, mais lisse et uniforme. Il y avait de la résonnance en avant de la tumeur ainsi qu'entre la tumeur et le foie.

Cette tumeur avait été remarquée depuis le mois de juin. On avait noté de la douleur et de la constipation depuis 8 semaines. On avait une vague notion que la tumeur avait existé, il y a 4 ans, et avait disparu ensuite.

Avec cette histoire, le diagnostic restait hésitant entre une tumeur solide et une hydronéphrose très tendue. J'inclinai en faveur d'une tumeur solide de formation nouvelle.

La tumeur fut découverte par une incision lombaire et on lui trouva une consistance solide. Elle fut facilement libérée de ses connexions, puis extirpée grâce à une incision antérieure semi-lunaire.

La malade a rapidement recouvré un état excellent. La plaie opératoire guérit parfaitement et toutes les sutures furent enlevées 8 jours après l'opération ; la malade est sortie dans les 15 jours. Elle a retrouvé une santé parfaite et des forces, elle s'est très bien portée pendant deux ans et plus. Puis elle a recommencé à souffrir dans le foie et dans les ovaires, de l'ascite s'est produite. Elle a succombé pendant l'été de 1892.

Observation XLI. — Sur la structure de certaines tumeurs du rein.

(Hildebrand, In thèse Héresco. — *Arch. f. klin. Chir.* 1894, vol. XLVII, p. 225).

Femme, 39 ans.

Examen, 20 avril 1892. — Depuis le mois d'août 1891, hématuries profuses, un peu d'albumine, des épithéliums aplatis et des leucocytes. A droite, une tumeur assez dure, pas lisse, grosse comme le poing d'un adulte, mobile. Quoique les hématuries abondantes ne parlent pas en faveur de la tuberculose, on fait ce diagnostic à cause de la présence des bacilles dans les urines et à cause de la grande mobilité de la tumeur.

26 avril. — Néphrectomie. Incision sur le bord externe de la masse sacro-lombaire. Guérison.

Examen de la tumeur. — Bassinet non dilaté. Peu de substance rénale. Le reste est envahi par la tumeur qui, à la coupe, est hémorragique. Aspect gélatiniforme. Par places, parties caséeuses.

Examen microscopique. — La tumeur est séparée du rein par une capsule fibreuse. Dans les cellules, on trouve de la graisse et du glycogène. On trouve beaucoup de vaisseaux capillaires et une structure semblable aux endo et périthéliomes. Ces endothéliomes ont leur point de départ dans les périthéliums des vaisseaux et dans les endothéliums des espaces lymphatiques. Leur structure ressemble au tissu surrénal.

Observation XLII. — **Sur la structure de certaines tumeurs du rein.**

(Hildebrant, In thèse Héresco. — *Arch. f. klin. Chir.* 1894, vol. XLVII, p. 225).

Femme, 49 ans; depuis un an, une tumeur. Amaigrissement, dyspepsie. Douleurs quand la malade est couchée sur le côté droit.

Examen. — Urines troubles, pas d'albumine, un peu de leucocytes, beaucoup d'épithélium vésical. Du côté gauche, une tumeur très mobile, lisse, réniforme; quand la malade se met debout, la tumeur s'abaisse jusqu'à la symphyse sans aucune douleur.

Diagnostic probable. — Rein mobile.

Le 30 septembre 1892. — Le pôle inférieur du rein est très mou, on y entre le doigt. Néphrectomie. Guérison.

Mort 6 mois après, par pneumonie et méningite.

Examen du rein. — 17,4 1/2,5. — A la coupe, les 2/3 supérieurs normaux, le 1/3 inférieur est occupé par une tumeur très molle, blanc rougeâtre.

Examen microscopique. — La tumeur est séparée du rein par une capsule fibreuse. Dans les cellules, on trouve de la graisse et du glycogène. On rencontre beaucoup de vaisseaux capillaires et une structure semblable aux endo et périthéliomes. Ces endothéliomes ont leur point de départ dans les périthéliums des vaisseaux et dans les endothéliums des espaces lymphatiques. Leur structure ressemble au tissu surrénal.

Observation XLIII. — **Histologie des tumeurs rénales provenant de la glande surrénale.**

(Lubarsch, In thèse Héresco. — *Arch. f. pathol. Anatom.*, vol. 135, 1894, p. 149).

Homme, 52 ans; hématurie spontanée, en juillet 1892, pendant quelques jours. En octobre 1892, une nouvelle hématurie spontanée; examen négatif, sauf une résistance augmentée dans la région rénale droite. Plusieurs petites hématuries. En janvier 1893, une forte hématurie et on a pu diagnostiquer une tumeur droite.

Examen, le 16 janvier 1893. — Tumeur droite, dure, bosselée, se confondant en haut avec le foie, en arrière avec le rein, en bas à

moitié chemin du rebord costal et de l'ombilic, en dedans dépasse un peu la ligne mammaire ; un peu mobile.

Diagnostic. — Sarcome du rein droit.

Le *25 janvier 1893.* — Incision lombaire. Néphrectomie. Dimensions du rein : 17, 15 et 10. Les 7 centimètres inférieurs du rein sont envahis par une série de tumeurs rondes, molles, dissoutes. Capsule adipeuse envahie.

A la coupe, ressemblance à la glande surrénale.

Diagnostic. — Struma supra-rénal sarcomatodes. Réaction du glycogène très prononcée.

Autopsie. — Autour du moignon rénal restant, plusieurs petits sarcomes. Une embolie de l'artère pulmonaire est la cause de la mort. La glande surrénale droite, normale, est entourée par plusieurs noyaux, surrénaux aberrants.

Observation XLIV. — Histologie des tumeurs rénales provenant de la glande surrénale.

(Lubarsch, in thèse Héresco.)

Femme, 64 ans. Pendant l'hiver 1891, douleurs du côté droit s'irradiant dans la jambe droite, prises pour du rhumatisme.

En février 1893, un accès nocturne d'envies impérieuses d'uriner avec douleurs dans la même région, suivi par une très intense hématurie qui dura 4 jours. Quatre semaines après, seconde hématurie plus forte, qui persiste plusieurs jours. Depuis ce temps, mictions fréquentes, impérieuses : 16 fois par 24 heures.

Entrée à la clinique le 26 mars 1893.

Examen. — Tumeur dans la région lombaire droite, mobile, grosse comme une tête d'enfant, bosselée, molle, située derrière l'intestin. Albumine, pas de sang.

Diagnostic. — Sarcome du rein droit.

Le 28 mars 1893. — Néphrectomie par incision de Bergmann. Pédicule long. Sarcome développé dans un rein mobile.

Anatomie pathologique. — La tumeur occupe le pôle supérieur du rein. Elle a 11 cm. de long, 10 cm. de large, 4 cm. d'épaisseur, Capsule assez forte, entourant la tumeur de tous les côtés. Glycogène.

Structure analogue à celle de l'observation précédente, avec envahissement des cellules néoplasiques portant microscopiquement le glycogène dans les veines. Morte le 4 avril 1893.

Diagnostic. — Dégénérescence graisseuse du rein gauche. Glande surrénale droite normale, pas de métastases macroscopiques.

Observation XLV. — Sarcome du rein gauche.

(Askanazy, In thèse Héresco. —*Beit. f. pathol. Anat.* Ziégler. Bd. XIV, 1893, p. 33)

Opération par le professeur Schneider.

Homme, 54 ans, pâle, s'est aperçu d'une tumeur rénale gauche, étant encore enfant. Pendant son service militaire, la tumeur a disparu. Il y a un an, hématurie progressive. Trois mois plus tard, une tumeur rénale gauche.

Examen. — Grosse tumeur gauche, bosselée. Dans les derniers jours avant l'opération, l'hématurie n'était pas constante et les urines étaient quelquefois claires, sans albumine, ni débris néoplasiques.

Le 19 Février 1892. — Incision oblique de Bergmnan, avec une incision complémentaire. Pendant l'opération, le péritoine s'est déchiré. Suture du péritoine. Néphrectomie.

Examen de la tumeur. — Rein gauche envahi par la tumeur dans presque toute son étendue. La muqueuse du bassinet est normale, mais les veines du rein et de la tumeur étaient thrombosées par le néoplasme.

Diagnostic histologique. — *Struma suprarenalis* de Grawitz, hétérotopique avec pigment glycogénique et foyers hémorragiques.

Cinq semaines après l'opération, on a trouvé de la récidive dans la cicatrice, confirmée par le microscope et qui augmentait. Métastases au fémur droit, à la main gauche, au cou. Cystite purulente et bronchite purulente.

Mort le 10 juin 1892, c'est-à-dire 4 mois après l'opération et 16 mois après la première opération.

Autopsie. — Métastases dans le myocarde, le poumon, le diaphragme, le rein droit, le foie et une récidive locale dans la région du rein gauche.

Observation XLVI. — Endothéliome du rein droit.

(Drissen, in thèse Héresco.— *Beitrage zur pathol. Anat.* Ziegler. Bd XII, 1893, page 102.)

Femme, 34 ans. Depuis 6 ans, gonflement et légère douleur de

l'abdomen à droite. Dans les derniers mois, douleurs vives dans la région du rein droit.

Examen. — Tumeur droite, dure, bosselée, de la grosseur d'une tête d'homme, mobile. Urines normales.

Laparotomie. — Néphrectomie à droite. Mort par hémorragie une heure après l'opération.

Autopsie. — Le rein gauche était uni au rein droit extirpé par un pédicule gros comme deux doigts. Il y avait donc un rein en fer à cheval. On a trouvé une tumeur grosse comme le poing, sessile à ce pédicule réunissant les deux reins.

L'examen microscopique a montré que les deux tumeurs étaien formées des endothéliomes ressemblant aux endothéliomes trouvés par l'auteur dans les os, et renfermaient beaucoup de glycogène.

Observation XLVII. — Sarcome du rein gauche. — Chirurgie du rein, 1894.

(Israel)

Homme, 42 ans, hématurie unique spontanée, dans l'état de santé antérieur parfait, le 31 août 1892. Depuis ce temps, sensations anormales dans la région lombaire droite.

Examen. — La partie droite normale; au contraire le rein gauche est un peu augmenté de volume. La surface de son pôle inférieur, dans une étendue de deux travers de doigt, est bosselée. L'extrémité inférieure du rein droit est un peu plus arrondie que normalement.

Opération. — Extirpation le 21 décembre 1892 : Incision extra-péritonéale oblique.

Examen de la tumeur. — A la coupe, tumeur divisée par des cloisons en plusieurs petits noyaux, qui sont, par places, hémorragiques, en état de dégénérescence graisseuse. La surface de la coupe est sèche.

Examen microscopique. — Struma maligne de Grawitz.

Récidive. — Récidive dans l'humérus un an et demi après l'opération. Lettre privée de l'auteur.

Observation XLVIII. — Sarcome du rein droit. Néphréctomie abdominale.

(Thornton. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1890.)

Cette opération, pratiquée le 11 avril 1889, chez une femme de

36 ans, fut extrêmement laborieuse à cause des adhérences nombreuses, des dimensions considérables des vaisseaux (la veine rénale avait le calibre de la veine cave) et du volume énorme de la tumeur.

Celle-ci, qui pesait 10 k., était un sarcome et semblait avoir pris naissance dans la capsule du rein gauche ou dans la capsule surrénale, de sorte que les symptômes rénaux avaient toujours complètement manqué. Le rein fut enlevé avec la tumeur, et les suites opératoires furent relativement simples : depuis lors, il n'y-a pas eu de soupçon de récidive et la malade a engraissé.

Observation XLIX. — Fibro-sarcome.

(Heyden. — *Arch. f. Gynæk.*, 1890, t. XXXVIII, p. 301. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1890.)

Chez une femme de 37 ans, une tumeur abdominale ressemblait à une tumeur solide de l'ovaire ou à une tumeur rétropéritonéale. Elle fut abordée par la laparotomie, et il fut constaté qu'elle était rénale. Néphrectomie. — Guérison

Le rein proprement dit était sain, c'était un fibro-sarcome de la capsule.

Observation L. — Extirpation du rein gauche, pour colossal fibrome de la capsule du rein (37 livres 1/2).

(Bruntzel. — *Berliner klinische Wochens.* p. 745, 1882.)

Antécédents. — Elisabeth N..., de Breslau, 33 ans. Issue d'une famille saine, dans laquelle on n'a jamais observé de tumeurs. Parents morts de maladie à un âge avancé. Frères et sœurs jouissent d'une santé parfaite.

Débuts. — La patiente s'est normalement développée et est réglée depuis sa 14e année, à intervalles réguliers.

Il y a 5 ans, elle remarqua pour la première fois l'existence d'une tumeur non douloureuse, qui augmenta lentement. Mais c'est seulement lorsque cette tumeur eut atteint le volume d'une tête d'homme, que la malade songea à recourir à un médecin.

Au commencement de 1879, elle consulta mon défunt chef Spiegelberg, avec lequel, alors que j'étais premier assistant à la clinique gynécologique, j'eus l'occasion d'examiner la malade endormie. La tumeur, de la grosseur d'une tête d'homme, médiane, atteignait, par

son pôle inférieur, l'entrée du bassin. Peu mobile, elle présentait à droite et à gauche, la sonorité intestinale. A la surface antérieure, la percussion donnait un son mat. La consistance de la tumeur était élastique, la fluctuation évidente. Les parties génitales sont dans l'état virginal. L'utérus est mobile. De son côté gauche part un tractus étroit, qui semble rejoindre le pôle inférieur de la tumeur. Tout plaidait en faveur d'une tumeur semi-solide, dépendant encore de l'appareil génital par un mince pédicule. Nous pensions que, par torsion, ce pédicule avait été réduit à un si mince diamètre, que la tumeur était nourrie par des adhérences aux organes voisins, et qu'il fallait chercher là la cause de son peu de mobilité.

Une ponction exploratrice donna un résultat négatif.

Spiegelberg différa à cette époque l'opération, parce que la patiente se trouvait dans un état de santé très mauvais, qu'elle était déprimée par une diarrhée survenue peu de temps avant l'examen, et qu'il lui semblait en un mot qu'une opération, probablement très laborieuse, n'aurait guère de chances de succès.

La patiente consulta dans la suite une série de gynécologues et de chirurgiens éminents. Ponctionnée de nouveau, chaque fois avec un résultat négatif. Chacun différa l'opération pour les mêmes raisons que Spiegelberg. Malgré toutes les médications possibles, internes et externes, la croissance de la tumeur fit dans la suite des années de constants progrès, et la malade devint de plus en plus gênée par cette augmentation de volume de sa tumeur. Le pied gauche surtout était le siège de douleurs intenses, qui irradiaient, du côté gauche de la tumeur, vers le membre inférieur. A cela s'ajoutaient des troubles digestifs variés, et la malade amaigrie, perdant ses forces, était obligée de garder la chambre depuis plusieurs mois.

C'est en cet état que je vis la malade en juin de cette année, en consultation avec le médecin de la famille, le Dr Sch... Depuis l'époque où j'avais vu la malade pour la première fois, les choses avaient considérablement changé. L'amaigrissement avait fait des progrès considérables. La tumeur s'étendait de l'appendice xiphoïde au bord supérieur de la symphyse, produisant une distension égale de tout l'abdomen, dans tous les sens. Le volume de la tumeur gênait la malade dans chaque mouvement, et chaque mouvement provoquait des douleurs intenses. La percussion donnait de la matité en avant et de la sonorité intestinale latéralement, comme précédemment.

La consistance de la tumeur, qui avait une forme régulièrement ovoïde sans aucune bosselure, était encore beaucoup plus élastique que précédemment. Cependant la ponction donnait encore un résultat négatif.

L'utérus et le petit bassin étaient complètement libres, le mince pédicule n'existait plus.

Étant donné le volume gigantesque de la tumeur, une palpation minutieuse de l'abdomen est absolument impossible. Le diagnostic antérieur était sans doute celui d'une tumeur solide intra-péritonéale, avec connexions probables avec l'appareil génital. Mais, dans l'état actuel, on pouvait aussi bien penser à une tumeur rétro-péritonéale, ayant refoulé le feuillet séreux postérieur et s'étant accolée à la paroi abdominale antérieure, rejetant sur les côtés la masse intestinale. Nul doute que la tumeur ne fût devenue douloureuse que par son volume, et qu'elle ne fût point de nature maligne. L'aspect de la malade, bien que considérablement amaigrie, n'avait rien de cachectique. Jamais ni ascite ni œdème. Cœur et poumons sains. Jamais d'albumine.

Torturée depuis des années par des douleurs variées, la malade supplia qu'on la débarrassât, par une opération, de sa tumeur. Même l'objection, que l'opération ne pourrait peut-être pas être menée à bonne fin, qu'elle pourrait même succomber au cours de l'intervention, n'eut aucune prise sur sa détermination.

Opération, 1er juillet. — Opération avec l'assistance de MM. Drs Schm..., Arning et Krisch.

Incision médiane, de l'appendice xiphoïde au bord supérieur de la symphyse. La tumeur se montre rétro-péritonéale : le péritoine pariétal avait été, en même temps que l'insertion du mésentère, écarté par la tumeur de la colonne vertébrale, et immédiatement appliqué à la paroi antérieure de l'abdomen. Sur le côté gauche de la tumeur, à une largeur de main de la ligne médiane, on voit le côlon descendant complètement aplati, le côlon transverse et le grand épiploon étaient rejetés vers la partie supérieure de l'abdomen. Encore maintenant, la tumeur présentait une fluctuation si nette, que j'essayai d'abord de la diminuer par la ponction, ce qui échoua. Elle obstruait d'une façon si complète l'entrée du petit bassin qu'il était impossible d'introduire la main entre elle et la symphyse, pour explorer ses connections avec les organes génitaux. Je divisais alors sur la ligne médiane le feuillet postérieur du péritoine

et le séparais de la tumeur, tantôt avec les doigts, tantôt avec le bistouri. Cette dissection fut en certains points facile. En d'autres, et en particulier au niveau du côlon descendant, elle fut des plus difficiles, en raison des adhérences intimes avec le néoplasme. Pas à pas, j'eus à lier des vaisseaux volumineux. Peu à peu, je réussis à la libérer du côté droit, à dégager sa face postérieure et son pôle inférieur. Mettant alors de fortes pinces de Museux, j'arrivai à dégager la partie supérieure et constatai qu'elle tenait encore à la région postérieure par un pédicule mince. Cependant, tel était le volume énorme de la tumeur, qu'il était impossible de se rendre compte de son point de départ. J'arrivai cependant à la dégager suffisamment, pour jeter une ligature sur le pédicule.

En liant les différents vaisseaux, l'un d'eux fut reconnu pour l'uretère gauche coupé en travers, et nous pensions soit à suturer l'utère, soit à extérioriser le rein gauche. Mais en y regardant de plus près, nous vimes que le rein gauche faisait partie du néoplasme, il était logé dans une dépression en forme de hile de la paroi postérieure de la tumeur.

Suture du feuillet péritonéal postérieur. Suture partielle du feuillet antérieur, pour isoler la loge, on place deux drains, l'un de 17 cm., l'autre de 25.

Tumeur. — 37 livres et demie. Fibrome colossal, ayant son origine dans la capsule propre du rein. Composé d'un certain nombre de masses, ayant la grosseur d'une tête d'enfant ou d'une tête d'homme, réunies sans incissures bien marquées.

Dans le tissu conjonctif fibreux, se voyaient de fortes traînées de tissu conjonctif lâche. Au centre, on voyait une portion jaune rougeâtre, avec des parties en voie de ramollissement et des vaisseaux thrombosés au voisinage.

Le rein avait une structure normale. Les symptômes si nets de fluctuation, simulés par la tumeur, avant et même pendant l'opération, s'expliquent par la grande quantité de tissu conjonctif lâche, graisseux, mélangé au tissu néoplasique.

Suites opératoires. — Après des péripéties variées, guérison de la malade. Elle vit peu à peu se rétablir sa santé générale, par disparition des douleurs et des troubles digestifs.

Observation LI. — **Fibrome kystique du rein droit, pris pour kyste de l'ovaire. — Néphrectomie. —** *Guérison.*

(Claus.— *Centralblatt fur Chirurgie*, n° 24, 1885.)

La femme L..., 46 ans, 6 enfants, bien portante jusqu'à il y a 4 ans. A cette époque, elle sentit dans le ventre un déplacement, qui se manifestait surtout dans les profondes inspirations et dans les mouvements un peu rapides. Bientôt, le ventre augmenta de volume. Mais jusqu'en octobre 1881, aucune douleur. Au commencement de novembre, on perçut au milieu du ventre, sous la paroi, une tumeur globuleuse, qui montrait une fluctuation évidente, qu'on pouvait facilement faire glisser sous la paroi abdominale. Mais que l'on ne pouvait à sa partie postérieure ni saisir, ni déplacer.

Défécation et miction normales. Urine normale, matrice fortement rétroversée, n'est pas le point du départ de la tumeur. Par contre, on perçoit celle-ci dans le cul-de-sac en avant de la matrice.

Diagnostic. — Tumeur de l'ovaire avec kyste monoloculaire et probablement de fortes adhérences en arrière.

A un examen ultérieur : tumeur tellement augmentée de volume, qu'elle offrait celui d'un utérus gravide au 9e mois.

Opération.— 3 janvier, la parotomie. Aussitôt après l'ouverture, du péritoine, la tumeur se présente dans la plaie, recouverte par une très mince couche de tissu lâche. A droite, par contre, le côlon ascendant se montrait en avant de la tumeur.

Evacuation par le trocart de 3 à 4 litres d'un liquide rouge sombre, mélangé de beaucoup de sang. Malgré cela on éprouve de la difficulté à dégager la tumeur. C'est seulement après avoir divisé et séparé du kyste peu à peu la mince membrane lâche qui le recouvrait (péritoine), qu'on put amener la tumeur un peu plus au dehors. Mais comme celle-ci tenait encore solidement par sa partie postérieure, on agrandit l'incision et une main introduite découvrit à la base du kyste une tumeur dure, qui, à son extrémité, avait l'aspect d'un rein. On réussit alors à libérer le pédicule de la tumeur, à le lier et à le sectionner, il renfermait la veine, l'artère rénale et l'origine de l'uretère. Fermeture de la paroi abdominale. Suites opératoires normales.

La malade quitta la maison de santé dans un excellent état. Depuis, aucun trouble.

Résultats de l'examen de la tumeur par M. le professeur Ribbert, à Bonn. — Fibrome, pauvre en cellules, riche en fibres, s'est développé entre la substance corticale et la substance médullaire du rein et les a séparées l'une de l'autre. Là où le grand kyste émerge du rein, on peut reconnaître en examinant sa paroi interne, la substance corticale s'amincissant de plus en plus. D'ailleurs, la cavité du kyste est limitée du côté de l'extérieur par la capsule du rein. Beaucoup de grosses veines traversent les parois du sac et le liquide kystique provient, pour sa plus grande partie, d'hémorragies ayant ces veines pour point de départ.

Observation LII. — **Fibrome du rein droit.** — **Néphrectomie.** — *Guérison.*

(Langenbuch. — *Berlin. klin. Wochensch.*, n° 24, 1877. — In thèse de Brodeur.)

Une femme, 32 ans, se plaignait depuis 1 an 1/2 de douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Dans ces derniers temps, elle avait même remarqué une tuméfaction douloureuse. Cette tumeur est dure, légèrement mobile; elle mesure dans son plus grand diamètre 6 à 8 centimètres.

Diagnostic. — Sarcome ou fibrome dans la région lombaire. La tumeur commence au niveau du muscle carré des lombes. Le décollement n'est pas facile. Hémorragie légère. Après l'ablation de la tumeur, se présente un vaisseau dont le diamètre est égal à celui de la carotide. Ce vaisseau n'est autre que l'uretère.

Le rein enlevé était atrophié, fibreux. La guérison fut rapide.

Observation LIII. — **Fibromyome rétropéritonéal adhérent au rein gauche. — Ablation de la tumeur et du rein.**

(Billroth. Baron Buchmann. *Wiener med. Wochenschr.*, 1888, n° 28. — In thèse de Brodeur).

Malade, âgée de 35 ans. Réglée à 15 ans. Mariée à 19 ans, pas d'enfants. Veuve pendant 6 ans. Remariée, 4 enfants.

Il y a 3 ans, début du développement du ventre. Dernières règles au commencement de mars 1879.

Etat de la malade, le 30 mars 1879. — Femme de taille moyenne, pâle, peu développée, pas d'œdème. Abdomen tendu, sans fluctuation appréciable. Matité sur la plus grande partie de l'abdomen, se

confondant avec celle du foie et de la rate, tumeur non adhérente à l'utérus. Légère dyspnée. Urine normale, pas d'albumine.

Opération, le 1er avril 1879. — Faite par le professeur Billroth. Incision sur la ligne médiane de 30 cm. de longueur. Ponction de la tumeur, pas de liquide. La tumeur paraît être libre entre les deux feuillets du ligament large. Rein gauche dans le petit bassin et très adhérent à la tumeur. Pour éviter une hémorragie consécutive, extirpation du rein avec la tumeur, après avoir préalablement lié les vaisseaux rénaux, l'uretère et les vaisseaux nombreux du péritoine. Utérus et ovaires sains. La tumeur pèse 18 kilos ; on applique 29 sutures. Pansement antiseptique.

Le soir du second jour, vomissements, apparition des règles. Commencement de péritonite. Mort le 5 avril 1879.

La tumeur est un fibro-myome très vasculaire. Pas d'autopsie.

Observation LIV. — **Tumeur fibro-kystique du rein, prise pour une tumeur de l'ovaire. Néphrectomie.** — *Guérison.*

(G. Thomas. *New-York méd. News,* 1882, 1 vol. I. — In thèse de Brodeur.)

Malade, 21 ans. Dans l'abdomen, se trouve une tumeur du volume d'un utérus au 8e mois de la grossesse. Mobile sur la ligne médiane, et d'une fluctuation qui n'est pas bien nette. Douleurs vives.

Diagnostic. — Tumeur de l'ovaire.

Opération le 15 octobre 1881. — Incision sur la ligne blanche; par la ponction, on retire 6 onces (192 gr.) de liquide limpide, ne contenant pas d'urine. La tumeur présentait des adhérences solides. Plusieurs ligatures furent posées. Le rein se trouvait à l'extrémité supérieure de la tumeur. Le pédicule fut lié en masse et réséqué. La tumeur (fibrome) provenait de la capsule rénale et contenait des kystes multiloculaires.

La malade guérit.

Observation LV. — **Fibrome du rein gauche. Néphrectomie.** *Guérison.*

(Bruntzel. — *Berl. klin. Wochensch.*, 1882, p. 745. — In thèse de Brodeur.)

Femme, 33 ans, s'est aperçue depuis plus de 5 ans, qu'elle porte une tumeur douloureuse. Bientôt après apparurent des troubles digestifs et les douleurs devinrent intenses. La tumeur, élastique,

en partie bosselée, s'étendait de l'apophyse xyphoïde à la symphyse pubienne.

La ponction donna des résultats négatifs. L'utérus et le bassin sont libres.

Opération le 1er juillet 1882. — Incision sur la ligne blanche. La tumeur est recouverte par le péritoine et le côlon, qui est aplati. Incision du péritoine au sommet de la tumeur, énucléation présentant des difficultés dans la région du côlon.

Ligatures multiples des gros vaisseaux. A la partie inférieure, le pédicule fut lié avec beaucoup de difficultés. Il comprend les vaisseaux rénaux et l'uretère. Le rein se trouvait dans la tumeur même. Les feuillets péritonéaux sont liés en haut et en bas, de telle sorte que la cavité péritonéale semblait être divisée en 3 portions. Drainage. La tumeur était un fibrôme, qui avait pris naissance dans la capsule du rein gauche. Poids : 37 livres 1/4.

Suites de l'opération. — Jusqu'au 9e jour, elles furent très satisfaisantes. Mais le malade fit quelques mouvements et il sortit de la plaie des matières excrémentitielles? Un drain fut replacé. Il se forme une fistule, qui guérit pour s'ouvrir encore une fois. Cependant la guérison complète s'établit au bout d'un certain temps.

Observation LVI. — Lipome du rein droit.

(Alsberg. — *Semaine médicale*, 1892, p. 243.)

En juillet 1890, j'ai pratiqué avec succès l'extirpation du rein par l'incision de Bergmann, chez une fillette de 4 ans, chez laquelle s'était développée une tumeur de la région rénale droite, sans produire de symptômes graves, bien que cette tumeur eût atteint les dimensions d'une tête de nouveau-né. L'examen microscopique vint confirmer le diagnostic de lipome pur, basé d'abord sur l'aspect macroscopique des nombreuses tumeurs développées dans la substance rénale. Cette dernière était restée normale dans le voisinage des tumeurs. Çà et là seulement elle présentait soit des signes d'atrophie, soit une prolifération des éléments conjonctifs. Il s'agissait donc de la formation de lipomes multiples, d'une transformation lipomateuse de l'organe rénal.

Il est inutile d'insister sur la grande rareté des tumeurs de ce genre.

Observation LVII. — Enorme tumeur, qui a toutes les apparences d'un lipome du rein.

(Monod. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XVIII, p. 681.)

Cette tumeur, du poids de 6 k. 600, est constituée par une masse fibro-lipomateuse, grossièrement bosselée, qui, au microscope, a été trouvée constituée par de la graisse et du tissu conjonctif jeune. Sur une coupe, le centre de cette masse est occupé par un tissu grisâtre, en voie de dégénérescence graisseuse, dont la forme rappelle exactement celle du rein ; grand nombre de cavités irrégulières communiquant les unes avec les autres.

Au microscope, on ne trouve pas de tissu rénal.

Cette tumeur a été enlevée par voie transpéritonéale. Guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN. — In GRANCHER, COMBY, MARFAN, Traité des Maladies de l'Enfance, 1897, tome III, p. 360.

ALBARRAN. — In LE DENTU ET DELBET, Traité de Chirurgie, 1899, tome VIII.

ALBARRAN. — *Annales des organes génito-urinaires*, avril 1897, p. 785.

BAZY. — *Bull. de la Société de Chirurgie*, 1898.

BRODEUR. — Thèse de Paris, 1886.

BRUNTZEL. — *Berl. klin. Woch.* 1882, p. 745.

CESTAN (ET.) — *Gaz. hôpit.*, 1898, p. 391.

CLAUS. — *Centralblatt für Chir.*, n° 24, 1885.

DICKINSON. — On renal and urinary affections. Londres, 1885.

DUMONT (Auguste). — Thèse de Paris, 1889.

EVE. — *Transact. Path. Society*. London, vol. XXXI, p. 164.

GALIMIER. — Thèse de Paris, 1895.

GOULD et JEANNE. — *Soc. anatom.*, 1897.

GRUNOW. — Inaugural dissertation. Iéna, 1894.

GUILLET. — Thèse de Paris, 1888.

GUILLET. — *Gaz. hôpitaux*, 1888, p. 401.

GUYON. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1888.

HALLÉ. — Thèse de Paris, 1887.

HARTMANN. — *Soc. anat.*, juillet 1885.

HAUSER. — Thèse de Paris, 1898.

HÉRESCO. — Thèse de Paris, 1898.

HEYDEN. — *Arch. für Gynæk.* 1890, p. 311.

HILDEBRANT. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVII, p. 225.

HUME (G.-H.). — *Lancet*. London, janvier 1893, page 196.

ISRAEL. — *Arch. f. klin. Chir.* Bd. XLVII, Heft 2.

ISRAEL. — *Deut. med. Woch.*, 1896, n° 22, p. 345.

JORDAN (MAX). — *Beiträge z. klin. Chir.*, 1895, XIV, Band, 3 Heft, p. 587.

Krause. — Inaugural Dissertation. Wurtzburg, 1891.
Lancereaux. — Leçons cliniques, 1887.
Langenbuch. — *Berl. klin. Woch.*, n° 24, 1877.
Letulle. — *Bull. Société anatomique*, 1888 et 1889.
Lotheissen. — *Arch. f. klin. Chir.*, LII, 4, 1896.
Lubarsch. — *Arch. f. pathol. Anat.*, vol. 135, 1894, page 149.
Malcoolm. — *Transact. pathol. Soc.* London, XLVII, p. 119, 1896.
Manasse. — *Virchow Arch.*, 1895, vol. 143, p. 278, et volume 145.
Mankiewicz. — Thèse de Strasbourg, 1887.
Monod. — *Société chir.*, XVIII, p. 681.
Morris. — *Brit. Med. Journ.*, 7 janvier 1893, p. 2.
Park. — *New York Med. Journal*, 15 mai 1886.
Parkes Weber. — *Transact. of pathol. Society*. London, 1896, XLVII, 117.
Paul. — *British med. Journal*, 12 janvier 1884.
Pawlik. — *Arch. f. klin. Chirurgie*, LIII, 1896, page 571.
Pilliet. — *Bulletin de la Soc. anat.*, 1888, p. 716.
Rayer. — Maladies des reins, t. III, p. 723.
Robert. — Thèse de Lyon, 1899.
Rokitansky. — In Rayer, Maladies des reins, t. III, p. 713.
Spencer Wells. — *British. med. Journal*, 9 avril 1884. *Arch. générales de Médecine*, t. II, p. 236, 1884.
Steiner. — *Sed. Med. Berlin*, 3 juin 1896.
Sullivan. — *J. Ann. Association*. Chicago, XVIII, p. 38, 1892.
Thiriar. — *Revue de Chirurgie*, 1888.
Thomas. — *New-York med. News*, vol. I, 1882.
Thornton. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1890.
Tuffier. — Congrès de Chirurgie, 1890. *Annales des organes génito-urinaires*, 1888.
Wahl. — *St-Petersburger Med. Woch.*, 1885.
Wehland. — Inaugural Dissertation. Tubingen, 1895.
Windle Bertram. — *Journal of Anatomy and Physiology*, 1884, p. 150.
Wollstein. — *New-York pathol. Soc.*, 28 décembre 1892.

TABLE DES MATIÈRES

Poitiers. — Imprimerie Blais et Roy, 7, rue Victor-Hugo.